

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 110.

DIAGNOSTIC
DE
L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert ESPENEL

Interne-Lauréat des Hôpitaux (Prix Bouchet 1911).

Né à Paris, le 28 avril 1883.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6.

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 10.

1911

DIAGNOSTIC
DE
L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE



FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911 — N° 110.

DIAGNOSTIC
DE
L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert ESPENEL

Interne-Lauréat des Hôpitaux (Prix Bouchet 1911).

Né à Paris, le 28 avril 1883.



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 23

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales	JABOULAY.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.).
Clinique des maladies des femmes	CLUZET.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie	BEAUVISAGE.
Matière médicale et Botanique	GUIART.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	COLLET.
Pathologie interne	COURMONT (P.).
Pathologie et Thérapeutique générales	PAVIOT.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	PIC.
Thérapeutique	FLORENCE.
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARJET.	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LANNOIS, Président; M. PIC, Assesseur;

MM. Et. MARTIN et CADE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage affectueux et
reconnaissant.

A MA SOEUR

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

- M. le Docteur MAURICE POLLOSSON, professeur de médecine opératoire.
- M. le Docteur PONCET, professeur de clinique chirurgicale.
- M. le Docteur NOVÉ-JOSSERAND, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur VALLAS, professeur adjoint, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur AUDRY, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur CHATIN, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur PÉHU, médecin des hôpitaux.

Internat :

- M. le Docteur BÉRARD, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
- M. le Docteur CADE, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur COMMANDEUR, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.
- M. le Docteur ROLLET, professeur de clinique ophtalmologique.
- M. le Docteur PONCET, professeur de clinique chirurgicale.
- M. le Docteur PIC, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur COLLET, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.
- M. le Docteur VIGNARD, chirurgien des hôpitaux.

INTRODUCTION

Etudiée surtout par Charcot et son école de la Salpêtrière, l'hystérie a eu son heure de triomphe. C'est vers 1880, en effet, que le maître parisien, par ses remarquables travaux, imposa sa doctrine de l'hystérie, la grande simulatrice. A sa suite, de nombreux élèves généralisant les idées de leur maître rattachèrent à la névrose de nombreux troubles cutanés, viscéraux, sécrétoires, trophiques, inexplicables autrement par eux. Des erreurs de diagnostic, un défaut d'examen, un manque de surveillance, permettaient de qualifier d'hystériques des accidents, tels que phlyctène, sphacèle, ecchymose, ulcérations, œdème, hémorragies multiples. Bien plus, la fièvre eut un instant son étiquette d'hystérique, et cette notion de la névrose pouvant tout reproduire, empêchait de se rendre compte que la plupart du temps cette fièvre n'était qu'une fraude, une supercherie de la part du malade.

L'anurie, l'hématémèse eurent aussi une pathogénie purement fonctionnelle et de nombreuses observations en furent publiées. L'hystérie était devenue suivant le mot spirituel de Lasègue « une corbeille dans laquelle on jetait les papiers que l'on ne savait où classer ».

Mais spectateur impartial et juge sévère, Babinski,

tout en profitant des leçons de son maître Charcot, a su résister à cette influence envahissante de la névrose. C'est à lui, en effet, que revient le mérite d'avoir démembré l'hystérie de Charcot et d'avoir restreint son cadre à un groupe de phénomènes dont chacun est, selon son expression « pithiatique », ou pouvant être reproduit et guéri par la persuasion.

Au lendemain de la naissance de cette hystérie nouvelle, l'hystérie de Babinski, il nous a paru intéressant d'envisager une des manifestations les plus fréquentes de la névrose, nous voulons parler de ses troubles moteurs. Parmi ceux-ci nous avons choisi l'hémiplégie, désireux de connaître si à la description magistrale qu'en fit Charcot, de nouveaux signes acquis par l'expérience ne s'ajoutaient pas, permettant de lui créer une individualité plus complète encore. Les recherches incessantes des neurologistes devaient nous permettre en outre de fixer sur des bases solides sa différenciation de l'hémiplégie organique.

Sous l'influence des idées nouvelles de Babinski, l'hémiplégie hystérique a pris pour nous une individualité propre. Ce n'est plus l'hémiplégie fonctionnelle dans laquelle les auteurs ont pu faire rentrer à côté d'un trouble moteur caractérisé par l'hémiplégie, des troubles du côté des réflexes, tels que l'exagération ; des troubles simulant une affection médullaire ou pyramidale, tels que la trépidation épileptoïde.

L'hémiplégie hystérique au sens où nous la comprenons, c'est-à-dire comme un phénomène essentiellement suggestif ou pithiatique, ne modifie pas les réflexes et ne donne pas de trépidation épileptoïde. A côté d'elle existe

certainement une autre catégorie d'hémiplégies fonctionnelles apparaissant brusquement et disparaissant de même ; au cours desquelles on peut voir, soit des réflexes exagérés, soit des réflexes illégitimes, soit une trépidation épileptoïde quelquefois vraie, mais le plus souvent fausse ; mais nous leur refusons l'épithète d'hystériques. Les recherches du laboratoire qui nous apprennent chaque jour à mieux connaître le fonctionnement de nos glandes à sécrétion interne et qui nous donnent des exemples d'exagération des réflexes et de troubles du côté des centres, au cours des insuffisances rénales, hépatiques et surrénales, nous permettent de croire à l'existence d'hémiplégies toxiques jusque-là rangées dans le genre hystérie.

La tuberculose pulmonaire, si fréquente à l'heure actuelle, doit fournir aussi son contingent de causes toxiques et renforcer le groupe des hémiplégies fonctionnelles.

Nous nous rappellerons toujours l'observation d'une malade qu'il nous a été permis d'examiner dans le service de notre maître, M. le professeur Pic.

Il s'agissait d'une jeune femme de 33 ans, mère de famille de deux enfants bien portants, dont le mari était mort six mois avant tuberculeux cavitaires. Elle entra à l'hôpital pour un coma datant de la veille. Celui-ci était en effet complet, mais sans troubles pupillaires. Elle avait vomi les jours précédents, nous disait-on.

L'examen des viscères montrait un sommet gauche un peu obscur ; le séro-diagnostic était très positif. La rate était grosse et facilement sentie, le liquide céphalo-rachidien contenait des lymphocytes. La raie méningitique

existait dans toute sa beauté, et malgré un pouls à 80, une exagération considérable des réflexes avec trépidation épileptoïde indéfinie, de la rétention d'urine, nous autorisait à faire le diagnostic de granulie à prédominance méningée.

Ce comà a duré quatre jours et lorsque nous nous attendions à un décès, nous fûmes très surpris de trouver à la visite du matin cette malade assise sur son lit nous déclarant qu'elle était guérie.

L'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde persistaient aussi intenses et le côté droit du corps était légèrement parésié.

Nous avons appris alors que quinze jours avant son entrée, elle s'était surmenée pour pouvoir nourrir ses enfants et que rentrant d'une journée de fatigue et de plus en plus désespérée, elle avait perdu brusquement connaissance.

Il s'est bien agi dans ce cas de phénomènes fonctionnels, mais il existait une cause toxique que le séro-diagnostic mettait en évidence plus que la clinique et qui a commandé les événements.

Nous étudierons donc ici le diagnostic de l'hémiplégie hystérique et nous suivrons le plan suivant.

Dans un premier chapitre nous envisagerons le diagnostic positif de l'hémiplégie. Ces signes positifs énumérés, nous les rapprocherons dans un deuxième chapitre de ceux de l'hémiplégie organique et nous insisterons sur les signes différentiels que nous considérerons comme essentiels. Nous terminerons par l'étude des associations hystéro-organiques, par ces cas si difficiles en clinique où l'on trouve des symptômes d'hystérie incontestable

et d'organicité sure, ces cas que le clinicien doit connaître, car il lui est possible alors de débarrasser son malade d'une partie de son infirmité et quelquefois de la plus ennuyeuse.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC POSITIF

Chez quel sujet voyons-nous s'installer une hémiplegie hystérique ?

L'hérédité pèse ici de tout son poids. C'est chez les descendants de nerveux que l'on voit s'installer de préférence le trouble moteur. La mère était hystérique, avait eu des crises convulsives, le père était épileptique et souvent même les grands-parents présentaient une tare nerveuse : tels sont les antécédents signalés dans les observations.

L'alcoolisme et la syphilis des parents transmettent à l'enfant ce terrain de débilité nerveuse sur lequel, à l'occasion de la puberté, à l'occasion des soucis de l'âge mûr et de la vieillesse se développeront facilement des troubles moteurs hystériques.

L'arthritisme et les intoxications diverses professionnelles pour la plupart obligeront aussi les parents à transmettre un état d'irritabilité nerveuse qui les rendra si impressionnables par les événements de la vie.

Nous touchons là, en effet, à une des causes déterminantes la plus fréquente de l'hémiplegie hystérique. Ce sont les soucis, les chagrins violents, les émotions vi-

ves, qui président le plus souvent à l'éclosion des accidents.

Le traumatisme a un rôle incontestable. C'est tantôt une chute directe sur les membres qui se paralysent ensuite, tantôt un traumatisme cranien. Ce facteur exerce surtout son action dans la classe ouvrière, chez tous ceux qui sont exposés aux accidents et se sentent protégés par les lois et secourus par les assurances. Depuis les nouvelles lois, en effet, sur les accidents du travail, le sentiment de la valeur humaine est devenu plus grand que jamais.

Autrefois, le traumatisé reprenait rapidement son travail, il faisait l'effort souvent seul nécessaire à la terminaison de la convalescence et la gêne et l'impotence de ses membres traumatisés disparaissaient vite.

Actuellement, il existe encore un certain nombre de blessés qui évoluent vite, mais à côté d'eux se rencontre toute une autre catégorie de malades : les uns ne sont pas satisfaits du résultat obtenu et vont de médecins en médecins, se plaignant soit de douleurs, soit d'impotence ; d'autres, et malheureusement trop nombreux, peuvent être appelés les professionnels, les exploiters d'assurances. Le traumatisme les a rendus impotents momentanément ; mais l'assurance est là, elle peut, elle doit payer, et l'on voit alors s'éterniser des troubles moteurs et sensitifs auxquels viennent s'adjoindre par occasion des troubles vasomoteurs.

Nous voyons donc que le traumatisme peut agir de deux façons, soit en produisant chez le malade un syndrome vrai d'hystéro-traumatisme, soit en éveillant en lui l'idée de simulation.

L'imitation peut jouer un rôle et particulièrement dans

nos salles hospitalières. La lecture des livres pseudo-médicaux par des sujets prédisposés, la peur de cette hémiplegie organique que l'on redoute, arrivé à un certain âge, peuvent jouer aussi le rôle de localisation à une moitié du corps, des manifestations de la névrose.

Nous refusons une place dans cette étiologie aux processus infectieux. Les hémiplegies que l'on observe au cours des différentes maladies infectieuses évoluent pourtant rapidement et guérissent bien, mais il ne s'agit pas d'un processus fonctionnel pur. Si la lésion macroscopique échappe, il n'en existe pas moins des altérations microscopiques et quelquefois même une simple imprégnation toxique des éléments nerveux et le mot d'hystérique ou pithiatique ne convient pas à cette catégorie de phénomènes.

L'âge ne joue qu'un rôle minime, nous avons trouvé une observation chez un enfant de 4 ans et de nombreuses observations dans la vieillesse. On peut dire toutefois que c'est chez l'adulte et le vieillard qu'apparaît de préférence cette hémipégie.

Nous signalerons enfin que dans des cas extrêmement rares, l'hémiplegie hystérique peut se développer chez des sujets porteurs de lésions organiques viscérales. On a pu l'observer au cours du rétrécissement mitral, au cours du tabes et de la syphilis.

Comment débute-t-elle ?

Elle peut être la première manifestation d'une hystérie passée jusque-là inaperçue, elle peut se voir au contraire chez un malade ayant eu déjà des crises. Le plus souvent, c'est chez une malade ayant présenté antérieu-

rement des signes de nervosisme incontestable que débiteront les accidents. Ceux-ci peuvent apparaître de deux manières bien différentes, soit brusquement, soit lentement.

DÉBUT BRUSQUE. — Cette modalité a été bien décrite dans la thèse d'Achard en 1887, sous le nom d'apoplexie hystérique.

Cette apoplexie peut être précédée de prodromes, tels que céphalée, malaises, sensations bizarres, soit viscérales, soit cutanées. D'autres fois, la perte de connaissance est brutale et constitue le premier phénomène. Ces cas d'apoplexie hystérique relèvent surtout de causes émotives ou de traumatisme crânien.

Dans sa forme complète, cette apoplexie hystérique se caractérise par une perte de connaissance absolue. Le malade reste étendu, les membres en résolution complète, ne répondant pas aux appels, et ne réagissant pas aux différentes excitations de son tégument. Son faciès est le plus souvent normal et présente le calme d'un sommeil profond, quelquefois cependant un léger degré de congestion ou de pâleur de la face peuvent s'observer.

Contrastant avec cette immobilité cadavérique existe un phénomène très important, nous voulons parler du clignotement des paupières. Celles-ci, en effet, sont animées de secousses très fréquentes, et ce signe a pour nous une très haute valeur. Il n'existe pas de déviation conjuguée de la tête et des yeux. Ceux-ci présentent quelquefois une inclinaison latérale, ou sont convulsés en haut. La musculature interne de l'œil n'est jamais touchée, les pupilles réagissent bien à la lumière.

Du côté de la face, il peut n'exister aucune déviation,

quelquefois, au contraire, existe déjà une ébauche de paralysie faciale ou d'hémispasme glosso-labé. Les membres soulevés l'un après l'autre retombent lourdement, et à cette période il est difficile de dire quel sera le côté hémiplégie.

Les troubles de la sensibilité sont constants à cette période. On les observe sous forme d'anesthésie des téguments, d'anesthésie conjonctivale ou cornéenne.

La respiration présente souvent des modifications. Elle peut être très exagérée, réalisant un tableau quelquefois impressionnant, les mouvements respiratoires atteignant 60 à 70 à la minute. Mais il n'existe pas de cyanose et l'examen pulmonaire ou cardiaque est négatif. D'autres fois, le rythme respiratoire est ralenti et quelquefois irrégulier, mais il n'existe jamais de respiration bruyante, rappelant le stertor des comas organiques.

La température est toujours normale et le pouls n'est pas ralenti.

Du côté des sphincters on observe de la contracture, la vessie forme un globe très appréciable et le rectum est encombré de matières. Les réflexes ne sont que peu ou pas modifiés, jamais exagérés, ils sont au contraire soit normaux, et c'est le cas le plus fréquent, soit un peu faibles.

Tel est le tableau de l'apoplexie hystérique dans sa forme complète. Celui-ci peut durer plus ou moins longtemps. Achard, dans sa thèse, l'a observé pendant trois jours (obs. XIII), pendant douze heures (obs. I), pendant quelques heures seulement (obs. IV, V, XVIII et XXII). Ce tableau peut être atténué et à côté de cette forme avec ictus, on peut constater un simple étourdissement avec

chute et hémiplegie subite, mais sans perte de connaissance. Telles sont les observations XVII, XIX, XX de la thèse d'Achard.

Dans d'autres cas, enfin, l'hémiplegie est installée au réveil, à la suite d'un rêve.

DÉBUT LENT. — C'est certainement le plus fréquent. Tantôt, c'est après des phénomènes sensitifs, soit périphériques, tels que picotements, fourmillements dans un membre, soit viscéraux, douleurs gastriques ou intestinales, que la paralysie s'installe, d'abord gêne des mouvements, puis progressivement impotence absolue. Tantôt une aura avec sensation de boule remontant à la gorge, précède immédiatement l'hémiplegie.

On peut observer un début beaucoup plus lent encore et cela surtout lorsqu'il s'agit de traumatisme. Le malade a reçu un choc au niveau de ses membres ou a fait une chute qui l'a momentanément étourdi, il se remet vite et son traumatisme paraît avoir été insignifiant, lorsque longtemps après apparaissent les troubles moteurs. Il existe dans ce cas une véritable période de méditation avant l'installation de l'hémiplegie hystérique.

Troubles moteurs. — Après son pseudo-ictus, le malade s'est réveillé brusquement et se trouve paralysé d'une moitié du corps, ou bien lentement il a éprouvé de la gêne du membre supérieur l'empêchant de continuer son travail, ou de la faiblesse du membre inférieur qui l'a fait tomber. Il est maintenant hémiplégique.

Existe-t-il un côté plus fréquemment atteint que l'autre. Les auteurs qui se sont occupés de cette question disent que c'est le côté gauche. Brissaud, Peterson, Roth, Richer, Sollier sont de cet avis.

Biswanger, Feré, Savill disent que le côté gauche est affecté trois fois plus souvent que le côté droit.

Withing dit que l'hémiplégie fonctionnelle attaque presque toujours le côté gauche, presque quatre fois aussi souvent que le côté droit.

Nous trouvons toutefois dans la thèse d'Achard 31 cas d'hémiplégie hystérique, dont 19 à droite pour 12 à gauche.

Bardonnnet, dans sa thèse de Lyon, 1893, rapporte 33 cas d'hémiplégie hystérique, dont 19 à droite pour 14 à gauche.

Plus récemment, Ernest Jones a étudié spécialement le côté affecté par l'hémiplégie hystérique et a réuni depuis 1880 277 cas d'hémiplégies de cette nature. Sur tous ces cas, 150 fois l'hémiplégie siégeait à droite, 127 fois à gauche. Ces chiffres sont donc en opposition avec l'idée anciennement émise et semblent au contraire indiquer que l'hémiplégie hystérique prédomine à droite. Si l'on tient compte des nombreuses observations éti-quetées hémiplégies hystériques, et qui n'en sont pas, on peut conclure, et c'est là d'ailleurs l'opinion d'Ernest Jones, que l'hémiplégie hystérique siège indifféremment à droite ou à gauche.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas où l'on a pu constater une hémiplégie double, en dehors de tout phénomène de suggestion. C'est ainsi que Landouzy avait observé 3 hémiplégies doubles sur 17 cas. Briquet l'a vue 6 fois sur 66 cas, Bardonnnet en cite un cas.

La paralysie, une fois installée, est très variable comme intensité, mais aussi peut varier d'un moment à l'autre et présente très souvent un caractère qui lui est pro-

pre, c'est d'augmenter par l'occlusion des yeux. Elle peut atteindre les membres et la face.

MEMBRES. — Du côté des membres on peut avoir, soit une paralysie flasque, soit de la contracture.

Paralysie flasque. — Elle présente plusieurs degrés. On peut observer soit l'abolition absolue de tout mouvement et les membres reposent sur le plan du lit comme deux masses inertes. Cette paralysie totale s'observe dans 10 à 12 p. 100 des cas. Mais même dans ces cas de paralysie totale, lorsqu'on examine les membres paralysés et lorsqu'on leur imprime des mouvements, on est frappé de ceci, que l'hypotonicité n'est pas absolue. On éprouve une certaine résistance lorsque le mouvement atteint une amplitude déterminée et en tout cas on provoque une sensation douloureuse.

Dans une autre forme, et c'est là le cas le plus fréquent, la paralysie n'est pas totale.

Tantôt, c'est une simple lenteur du mouvement, le malade déplace prudemment ses membres lorsqu'on le lui commande, il les sent lourds et engourdis.

Tantôt sa force est diminuée pour certains muscles, il a de la peine à les contracter et il en résulte pour lui de la gêne et de la maladresse des mouvements précis. La paralysie d'un groupe musculaire, alors que les autres muscles du membre conservent leur motilité, est un des caractères essentiels de l'hystérie.

Dans d'autres cas enfin, la faiblesse motrice est évidente, les mouvements sont possibles, mais le malade est dans l'impossibilité de marcher. Notons enfin que dans certains cas on observe un phénomène très important

dans la séméiologie des troubles moteurs hystériques, c'est la dissociation de la motilité. Si on commande au malade de bouger son membre, il déclare qu'il ne le peut et le déplace avec le membre du côté sain, mais si on l'invite à résister aux différents mouvements de flexion et d'extension qu'on lui imprime, on constate que la force est conservée.

Des deux membres paralysés, lequel des deux est le plus atteint. Il n'est pas de règle fixe, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre, toutefois, la lecture de nombreuses observations d'hémiplégie hystérique nous a montré que la paralysie prédominait au membre inférieur. Cette paralysie du membre inférieur se traduit par des troubles du côté de la démarche qui sont caractéristiques de l'hémiplégie hystérique.

Démarche. — Le premier auteur qui s'en est occupé est Todd, en 1856, et il s'exprime en ces termes : « Si vous considérez une personne souffrant d'une hémiplégie organique, vous vous apercevrez qu'en marchant elle a une allure particulière pour porter en avant la jambe paralysée ; elle porte d'abord le tronc du côté opposé à la paralysie en avant et appuie tout le poids de son corps sur le membre sain ; alors, par un mouvement de circumduction, elle porte en avant la jambe paralysée faisant décrire au pied un arc de cercle. Dans l'hémiplégie hystérique, au contraire, le malade ne marche pas de cette façon. Il traîne après lui le membre paralysé, comme s'il s'agissait d'une pièce de matière inanimée et n'accomplit aucun acte de circumduction, ne fait aucun effort pour le détacher du sol. Pendant qu'il marche, le pied

balaye le sol. Cela est caractéristique de la démarche hystérique. »

Cette étude de la démarche dans l'hémiplégie hystérique a été plusieurs fois reprise par Charcot, qui confirma les idées de Todd. Pour Charcot, le signe le plus frappant dans la démarche de Todd est que le membre paralysé est pour ainsi dire traîné par le malade, non seulement comme un corps étranger, mais de plus comme un corps étranger qui serait attaché au malade sans que celui-ci en ait connaissance.

Gilles de la Tourette a étudié la marche dans l'hémiplégie hystérique avec la méthode des empreintes et à l'aide de tracés il est arrivé à montrer que la marche ne s'effectue que d'un seul côté.

Marinesco, en 1900, à propos d'un cas très concluant d'hémiplégie hystérique, a essayé de contrôler et d'examiner à l'aide du cinématographe les caractères de la démarche. Il résulte de ses recherches que le malade ne traîne pas tout simplement la jambe, comme l'a admis Todd, mais que le transport de la jambe malade est plus complexe. D'après lui il y a lieu de distinguer l'allure du pas antérieur de celle du pas postérieur, lorsque la jambe malade est oscillante. Dans le pas postérieur, le sujet tire après lui et avec grand effort la jambe inerte, laquelle ne quitte pas le sol. Il n'y a point de flexion du genou sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin, pas d'élévation du talon. L'effort déployé se traduit au commencement par une forte inclinaison du tronc en avant, à laquelle s'ajoute progressivement une inclinaison latérale. Lorsque l'obstacle a été vaincu et que le malade a amené à grand'peine la jambe à la verticale, il lui est devenu facile de

la pousser en avant et de lui faire accomplir le mouvement de translation comme par un mécanisme de glissement. Dans ce pas antérieur, le torse se renverse tout à fait en arrière.

Vincenzo Neri a repris cette question et à l'aide du cinématographe et de la méthode des empreintes, est arrivé à la conclusion que le vrai caractère de la démarche hystérique est sa paradoxalité. Il n'y aurait pas d'après lui une démarche hystérique, mais chaque hémiplégique hystérique marcherait à sa façon. Les uns traînent la jambe comme si elle était morte et n'accomplissent pas le pas antérieur, d'autres balaient le sol seulement dans le pas postérieur et font le pas antérieur ainsi que leur double pas du côté paralysé et presque égal à celui du côté sain. Ceci est d'ailleurs paradoxal, car dans ce dernier cas la malade traîne la jambe paralysée seulement dans la partie presque passive de la marche, c'est-à-dire dans le pas postérieur.

Mais, en outre, et c'est là surtout, d'après Neri, ce qui caractérise la démarche dans l'hémiplégie hystérique, c'est que, tandis que l'hémiplégique organique fait des mouvements du tronc compensateurs constants et rationnels pour porter sa jambe malade au même niveau que la jambe saine, l'hémiplégique hystérique ou bien reste passif, n'ayant pas de mouvements compensateurs, ou bien cherche à compenser ses troubles locomoteurs par des mouvements exagérés et absurdes, qui extériorisent un effort vraiment hyperbolique. C'est cette passivité paradoxale et cette compensation paradoxale que nous devons retenir comme grands caractères de cette démarche.

Nous signalerons en passant, car nous y reviendrons plus tard, un caractère nouveau de cette démarche décrit par Arthur Schüller et étudié en France par Crouzon et Campbell, c'est la difficulté de la marche de flanc.

Paralysie avec contracture. — Cette forme est peu fréquente. Elle se caractérise par l'apparition soudaine, à la suite d'un des modes de début que nous avons étudié, d'une contracture généralisée à une moitié du corps, atteignant ou respectant la face et la langue.

Cette contracture est très précoce, sans aucun phénomène moteur préalable. Elle est d'emblée totale et prédomine au membre supérieur. Celui-ci présente une rigidité très accentuée, le bras est appliqué contre le tronc, l'avant-bras en extension sur le bras, la main en extension sur l'avant-bras et les doigts fléchis dans la paume de la main, les ongles imprimant un sillon dans les chairs.

Le malade est incapable d'exécuter le moindre mouvement et l'on est frappé de ce contraste qui existe entre l'affaiblissement moteur et la violence inouïe de la contracture. Lorsqu'on veut ouvrir les doigts, on se heurte à une résistance opiniâtre de la part du sujet, et l'on est obligé de s'arrêter, au plus grand contentement du malade, qui déclare souvent qu'on va lui casser les doigts.

Le membre inférieur présente des contractures analogues. Il est dans l'extension, soit en adduction, soit en abduction, et il est impossible de fléchir le genou.

Cette contracture de l'hémiplégie hystérique présente quelques caractères qui permettent de la différencier. Ce

sont son intensité, sa variabilité et son atténuation par la suggestion, et enfin sa disparition pendant le sommeil.

FACE. — La face constitue après les membres la seconde localisation des troubles moteurs. Ceux-ci présentent à son niveau quatre variétés essentielles :

1° Ils sont totalement absents et la paralysie frappe seulement le membre supérieur et l'inférieur en respectant la face.

2° Il n'existe pas de paralysie faciale, mais un spasme localisé à une moitié de la face, portant sur la langue, la lèvre et la joue du côté hémiplégié ou quelquefois du côté opposé.

3° La paralysie faciale est certaine. Elle siège du côté des membres ou du côté opposé.

4° La paralysie faciale peut exister d'un côté associée à de l'hémispasme du côté opposé.

L'histoire de la paralysie faciale dans l'hémiplégie hystérique a été très bouleversée. Todd, en 1856, écrivait dans ses lectures cliniques que « l'étendue de la paralysie des membres, alors qu'il n'y en a pas de trace dans la face est un argument en faveur de la nature hystérique de l'affection, car bien que la paralysie hystérique puisse occuper toutes les parties du tronc et des membres, très rarement, jamais peut-être, elle n'occupe la face. »

Ses idées ne furent pas acceptées par tous et Briquet, dans son traité de l'hystérie, cite des observations de paralysie faciale. Pipet, Lebreton et Helot, rapportent, dans leur thèse, des cas incontestables de paralysie faciale hystérique.

Charcot, reprenant les idées de Todd, montre que les déviations de la face sont dues, non pas à une paralysie

du côté de la lésion, mais à un spasme qu'il appelle glosso-labié et qu'il considère comme caractéristique de l'hystérie. Un grand nombre de cas d'hémispasme sont alors publiés par Achard, Brissaud et Marie, Belin, Michaud.

En 1890, Chantemesse présente à la Société médicale des hôpitaux de Paris des malades atteints de paralysie faciale hystérique incontestable. Decoux, Ballet, en rapportent aussi de nombreux exemples et dès lors les idées que l'on avait sur les troubles de la motilité faciale, sont considérées comme fausses. Charcot lui-même reconnaît son erreur et admet une paralysie faciale vraie.

En 1892, Babinski rapporte d'autres observations de paralysie faciale d'ordre hystérique et précise les caractères de cette paralysie.

Actuellement, nous admettons que ces sortes de phénomènes existent du côté de la face, d'une part le spasme glosso-labié, d'autre part, la paralysie vraie. Ils peuvent exister isolément, mais très souvent ils sont associés. En tout cas, la paralysie faciale hystérique présente un caractère qui la différenciera toujours d'une paralysie organique, c'est son absence de flaccidité. En pinçant la joue du côté paralysé on perçoit toujours une sensation de relief musculaire et de résistance qui ne se rencontre que dans une paralysie d'ordre hystérique.

Spasme glosso-labié. — Il siège ordinairement du côté opposé à la paralysie des membres et simule par conséquent une paralysie faciale du côté de l'hémiplégie. On constate, en effet, que la joue est aplatie de ce côté, que les plis sont effacés. La bouche est fermée et les lèvres sont minces. Elles sont accolées et leur déformation rap-

pelle le point d'exclamation de la paralysie faciale organique.

Mais, si l'on examine le côté opposé à la paralysie des membres, on constate au contraire que la joue est saillante, que le pli naso-labial est creusé. La bouche est entr'ouverte de ce côté et les lèvres paraissent épaisses. Si l'on examine avec plus d'attention, on peut voir que le releveur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, ainsi que les zygomatiques, sont animés constamment de petites secousses qui mettent ainsi en mouvement le côté observé et entr'ouvrent la bouche par saccades. Ces déformations sont rendues plus apparentes par les différents mouvements commandés au malade. Si on lui fait ouvrir la bouche, on constate que son orifice est élargi du côté du spasme ; qu'une partie de la lèvre est fortement attirée en haut et que le sillon naso-labial devient énorme. Celui du côté opposé n'est presque pas déplissé. Dans cette attitude les secousses musculaires déjà observées au repos sont beaucoup plus apparentes et plus rapides.

Si on le fait souffler, on voit et on sent très bien que chaque lèvre se rapproche de sa congénère, sauf celle qui est en état de spasme qui reste immobile. La joue de ce côté se gonfle et l'air sort uniquement par la moitié de la bouche qui est en état de spasme. Si on lui ordonne d'écarter les lèvres pour montrer ses dents, on n'aperçoit que les incisives et les canines supérieures et inférieures du côté spasmodique.

Le facial supérieur peut être touché. On observe un défaut d'occlusion des paupières, quelquefois du ptosis et lorsqu'on ordonne au malade de fermer les yeux, les

muscles des paupières sont animés de secousses. Il n'existe jamais d'abaissement du sourcil et les rides du front ne sont pas effacées.

La langue est toujours déviée du côté du spasme par conséquent du côté opposé à la paralysie des membres, et cette déviation est excessive. Quelquefois même, le malade ne peut la sortir et elle vient buter contre la joue. Outre une déviation dans le sens latéral, la langue présente souvent un mouvement de torsion qui tend à diriger du côté spasmodique sa face supérieure. Pendant tout le temps que le malade s'efforce de la tirer, la langue est animée de mouvements et de trémulations qui l'empêchent de rester dans une position fixe.

Tels sont les caractères de l'hémispasme glosso-labial si magistralement décrit par Charcot, en 1887. Etudions maintenant la paralysie faciale vraie au cours de l'hémiplégie hystérique.

Paralysie faciale. — Elle peut être consécutive à tous les modes de début de l'hémiplégie, toutefois, elle est plus fréquente à la suite de l'apoplexie et d'un traumatisme cranien.

Elle peut atteindre le facial inférieur et le facial supérieur simultanément, ce dernier est toutefois le moins souvent atteint. Elle peut être unilatérale, siégeant du côté hémiplégié, mais aussi bilatérale et Chantemesse en a rapporté des exemples. Elle peut siéger du côté opposé à la paralysie des membres réalisant un syndrome de Millard-Gluber. Elle coexiste très souvent avec des phénomènes spasmodiques du côté opposé.

En tant que phénomène moteur elle est plus ou moins

accentuée. La majorité des auteurs pense que c'est plutôt une parésie qu'une paralysie vraie, toutefois nous la trouvons très accentuée dans un cas de Babinski. Faible ou forte elle présente toujours deux caractères essentiels, le premier est son peu de flaccidité ; le second, qui a été mis en évidence par Gilbert Ballet et Babinski est sa systématisation.

Les observations suivantes nous permettront mieux de comprendre le phénomène dont il s'agit.

OBSERVATION I

(BALLET. — Soc. Méd. des hôp., 1892.)

Femme, 38 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Il y a deux ans, engourdissement du côté droit avec perte de la parole, puis bégaiement. Il y a cinq semaines, au cours de son travail, hémiparésie droite avec aphasie ; trois jours après, disparition des troubles moteurs du côté des membres, mais aphasie hystérique des plus typiques. Les muscles de la face se contractaient bien lorsque la malade riait ou pleurait, mais ils avaient cessé d'obéir à la volonté quand cette femme voulait exécuter des mouvements unilatéraux, comme relever ou abaisser la commissure labiale droite. L'aphasie n'a persisté que quelques jours et ce qu'elle présente actuellement de plus intéressant, c'est la paralysie faciale. Au repos, il n'y a pas trace d'asymétrie, rien ne révèle un trouble notable de la motilité de l'un ou de l'autre côté. Lorsqu'on lui commande de relever ou d'abaisser la commissure droite, de la porter en dehors, elle exécute ces divers mouvements sans difficulté, mais lorsqu'elle parle tandis que la joue et la commissure gauches exécutent les mouvements qu'exige la prononciation des diverses syllabes, la commissure droite reste immobile, la joue est flasque et se tend parfois sous l'influence de la propulsion de la colonne d'air, si bien que la malade à droite fume la pipe en parlant,

OBSERVATION II

(BABINSKI. — Soc. Médic. hôp., 1892.)

Bon, 56 ans. Après une étourdissement et une perte de connaissance de six heures, fait une hémiplégie gauche pour laquelle il fut envoyé à l'hôpital Cochin et guéri peu de temps après.

Un an après, il entra à l'Hôtel-Dieu pour une hémiplégie gauche qui s'est reproduite depuis un mois à la suite d'une nouvelle perte de connaissance. Dans l'intervalle, il s'est très bien porté. Il présente, en effet, une hémiplégie gauche, prédominant au membre inférieur et, en outre, des troubles moteurs du côté de la face.

La commissure gauche semble un peu abaissée. Lorsqu'il ouvre la bouche, l'asymétrie disparaît d'abord, puis reparait sous une autre forme : les deux lèvres sont plus écartées à droite qu'à gauche et les deux commissures sont au même niveau.

Les mouvements unilatéraux de la commissure gauche sont presque abolis ; ceux de la commissure droite sont normaux. Certains jours on remarque quelques secousses dans la partie droite de la lèvre supérieure, qui soulève un peu la commissure correspondante. Dans l'acte de siffler, le côté droit de la bouche semble à première vue entrer seul en activité, mais en y regardant de plus près, on voit qu'alors, du côté gauche, les deux lèvres sont rapprochées et qu'il faut un certain effort pour les écarter mécaniquement. Quand le malade souffle, le côté droit se distend, la joue ainsi que les lèvres du côté gauche restent appliquées contre les gencives et les dents, et on éprouve une résistance assez marquée si on cherche à les séparer par une traction.

OBSERVATION III

(BABINSKI. — Soc. Médic. hôp., 1892.)

L..., est pris, en s'habillant, d'un étourdissement ; il ne tombe pas, peut s'asseoir sur une chaise et reste endormi

quatre heures. Lorsqu'il revient à lui, sa jambe droite est lourde et son bras droit est presque complètement paralysé.

A son entrée à l'hôpital : hémiplegie droite avec hémianesthésie. Réflexes normaux.

Paralysie faciale portant surtout sur le facial inférieur.

La commissure droite est située au-dessous de la gauche, mais au repos, la déviation, tout en étant manifeste, est peu marquée. Elle s'accroît notablement quand le malade ouvre la bouche ; alors, les deux lèvres sont plus écartées l'une de l'autre et les dents de la mâchoire inférieure sont plus à découvert à droite qu'à gauche. Déviation de la langue à droite. A l'état de repos, le sillon naso-labial droit paraît un peu effacé relativement à celui du côté opposé, mais quand le malade rit, le sillon droit est, au contraire, plus accentué que le gauche et la commissure droite se relève. Pas de secousses dans les muscles de la face.

Le malade exécute bien plus difficilement les divers mouvements unilatéraux de la commissure du côté gauche que du côté droit. Il dit, d'autre part, que les aliments s'accumulent parfois entre les gencives et les lèvres du côté droit.

La première de ces trois observations nous donne un bel exemple de la paralysie faciale systématique. Il y a en effet chez ce malade un contraste entre l'intégrité des mouvements unilatéraux et l'abolition des mouvements du côté droit lorsqu'on le fait parler, — et pour Babinski c'est ce contraste entre l'intégrité d'un système de mouvements qu'un groupe musculaire est appelé à exécuter et l'abolition de quelque autre système de mouvements dont l'exécution est confiée à ce même groupe de muscles, qui constitue le caractère de cette paralysie faciale systématique.

Des deux autres observations se dégage aussi un caractère particulier de la paralysie faciale hystérique que

Babinski a bien mis en lumière : c'est qu'il existe toujours dans l'aspect clinique quelque chose de singulier, différent de ce que l'on observe dans l'histoire clinique d'une paralysie organique. Dans l'observation II, la paralysie est à gauche, les muscles ne donnent pas de mouvements mais si on saisit les lèvres et la joue on constate que néanmoins ils fonctionnent avec activité.

Dans l'observation III, tandis que le sens de la déviation des lèvres et de la langue semble indiquer l'existence d'une paralysie faciale droite, on constate cependant que les mouvements unilatéraux de la face sont bien plus aisés et plus étendus du côté droit que du gauche.

La déviation de la langue concomitante avec la paralysie faciale est toujours peu accentuée. Elle siège du même côté que la paralysie et du côté opposé lorsqu'il existe de l'hémispasme. L'étude des mouvements de la langue a été faite par Féré qui, à l'aide d'un glosso-dynamomètre a pu étudier les principaux mouvements, mesurer leur énergie et inscrire leur forme. D'après son article de la Société de biologie de 1889, il faudrait admettre une diminution considérable de l'énergie motrice de la langue des deux côtés, mais surtout du côté où les troubles moteurs prédominent. Le tracé graphique, au lieu de donner une ascension brusque comme chez les sujets normaux, montre une ascension graduelle, qui trahit à la fois la faiblesse et la lenteur du mouvement.

Ces troubles des mouvements de la langue nous amènent par association d'idées, simplement d'ailleurs, à étudier un symptôme relativement fréquent dans l'hémiplégie hystérique, nous voulons parler des troubles du langage.

TROUBLES DU LANGAGE. — Ils apparaissent d'ordinaire brusquement, quelquefois ils sont précédés par une période de bégaiement. Ils sont caractérisés par deux ordres de phénomènes, le mutisme et l'aphasie hystériques. Signalons en passant qu'il n'existe jamais de troubles moteurs du côté des cordes vocales, qui, dans tous les cas, fonctionnent normalement.

Le mutisme fut décrit par Charcot dans ses leçons du mardi et sa description est restée classique.

« Bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité, il lui est désormais impossible d'articuler un mot, même à voix basse, et qui plus est d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui. J'ajouterai qu'il est plus que muet, car, tandis qu'il est possible au sourd-muet de pousser des cris même violents, le muet hystérique est aphone au point de ne pouvoir émettre le plus petit cri. Il a conservé toutefois les ressources de son intelligence et il peut se faire comprendre par la mimique et communiquer sa pensée à l'aide de l'écriture. Il se saisit même avec un empressement singulier d'une plume, d'un crayon, qui vont lui permettre d'exprimer nettement sa pensée. »

A la suite de Charcot, de nombreux auteurs reprirent cette question des troubles du langage et montrèrent qu'à côté du mutisme, l'hystérie était capable de donner des troubles rappelant l'aphasie. Legroux, Serre, Fabret, Raymond et Janet en donnèrent de nombreuses observations. Charcot décrivit lui aussi des cas d'agraphie de nature hystérique.

Lépine, en 1891, cite une observation de mutisme hystérique avec agraphie. Raymond, en 1900, inspire une thèse à M^{lle} Gita Aron, où cette dernière, reprenant quelques-unes des observations déjà citées dans la thèse de David, rapporte 12 observations d'aphasie hystérique. Dans cette thèse, Raymond reconnaît que l'hystérie est capable de donner soit le mutisme de Charcot, soit un syndrome d'aphasie et pour lui les deux phénomènes sont différents.

Paul Courmont, en 1904, a repris cette question dans la thèse de son élève Saupiquet et ne reconnaît qu'un trouble du langage, l'aphasie hystérique dans laquelle il fait rentrer le mutisme.

L'aphasie hystérique débute brusquement et atteint le malade en même temps que les troubles du côté des membres. On la trouve presque toujours associée à une hémiplégie du côté droit, toutefois, ce n'est pas absolu et l'observation rapportée par Lépine, dans la *Revue de médecine*, 1891, avait trait à une hémiplégie gauche.

L'hystérie est capable de simuler tous les modes de l'aphasie organique. C'est tantôt une aphasie motrice pure sans agraphie, tantôt une aphasie sensorielle caractérisée par de la cécité ou de la surdité verbale. Les aphasies motrices sont plus fréquentes que les aphasies sensorielles et le cas le plus fréquent est celui de l'aphémie associée à de l'agraphie. Nous citerons quelques observations de ces différents types qui ont été étudiés dans la thèse de Saupiquet.

OBSERVATION IV

SAUPIQUET. — Thèse de Lyon 1904.)

M. B., couturière, 19 ans, célibataire.

Père mort bacillaire, mère morte de la grippe.

Personnellement, accidents de tuberculose dans l'enfance.

Depuis deux ans elle prend des crises nerveuses. Elle sent venir sa crise et a la sensation de quelque chose qui l'étouffe à la gorge. La crise dure vingt-cinq minutes ; elle est caractérisée par un accès de contracture généralisée. Avant chaque crise, la malade a de la peine à articuler les mots, mais elle les trouve ; elle bredouille et ces troubles de la parole persistent quinze jours après la crise. En même temps persiste, après les crises, un certain degré d'hémi-parésie du côté droit. L'examen viscéral est négatif. La sensibilité cutanée est diminuée. Zones d'hyperesthésie sus et sous-mammaire, épigastrique, ovarienne.

OBSERVATION V

TROISIER. — Soc. Médic. hôp. 4892.)

Homme, 36 ans, cocher. Ethylisme certain.

Après une discussion avec son patron, il s'enivre et, en rentrant chez lui, il ne peut plus parler ; il entre à l'hôpital, présentant de la parésie des membres supérieurs et inférieurs du côté droit avec hémianesthésie de la peau et des muqueuses. Rétrécissement du champ visuel, diminution de la vue, de l'ouïe, de l'odorat. Zone hystérogène au niveau de la fosse iliaque droite.

Il présente une aphasie complète avec aphonie. Lorsqu'on le prie de parler, il ouvre et ferme la bouche, remue la langue sans pouvoir émettre aucun son. Malgré ses efforts, il n'arrive pas à reproduire les mouvements des lèvres et de la langue qui concourent à l'articulation des mots les plus simples que l'on prononce devant lui. Son facies est immo-

bile et exprime le désappointement. Il peut cependant faire des grimaces, relever les commissures, imprimer à la langue des mouvements déterminés. Il peut souffler, mais non siffler.

Il n'est pas agraphique, il comprend parfaitement. Examen laryngoscopique négatif.

Guérison en six jours par la faradisation.

OBSERVATION VI

(FERRIER. — Congrès de médecine, 1896.)

Gabriel, soldat de 2^e classe. Rien dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Après une menace de punition, il présente des coliques, de la diarrhée et perd connaissance. Il reste dans cet état pendant trois jours et, lorsqu'il revient à lui, il lui est impossible de mouvoir les lèvres ou la langue. Hémiparésie droite avec hémianesthésie.

Il entre à l'hôpital cinq jours après, et l'on constate :

Impossibilité d'émettre aucun son ; il ouvre la bouche, il gonfle ses joues sans que l'air s'en échappe. La langue et le voile du palais sont normaux.

Réflexes rotuliens normaux.

Force diminuée à droite. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

Guérison complète un mois après.

OBSERVATION VII

(LÉPINE. — *Rev. Méd.*, 1891.)

H., 40 ans, à antécédents héréditaires nerveux.

Personnellement, crise nerveuse à 22 ans, à la suite de laquelle il reste trente heures sans connaissance et ne peut parler pendant deux jours après son réveil.

Marié, a trois enfants bien portants.

A 33 ans, sans cause, hémiparésie gauche guérie en trois ou quatre jours. Il y a six mois, crise nocturne après une contrariété, entraînant une perte de la parole pendant une demi-heure. Il y a deux mois, hémiparésie gauche avec déviation de la face et du visage à gauche qui disparut le lendemain.

Depuis quinze jours, perte de la parole. Il entre à l'Hôtel-Dieu et l'on constate qu'il est complètement muet et aphone. Les mouvements des lèvres et de la langue sont bien conservés. Tous les mouvements des doigts de l'une et de l'autre main sont intacts, mais si on lui met un crayon dans les mains et qu'on lui dise d'écrire un mot, il en est incapable; le crayon n'exécute aucun trait, il reste à la même place; puis, au bout de quelques instants, on voit la face s'injecter, les doigts, et surtout l'index, se fléchissent et le crayon s'échappe aussitôt après s'être écrasé contre le papier.

Le tableau clinique de l'aphasie hystérique que représentent ces trois observations peut être plus complet encore. Dans la thèse de Saupiquet (obs. XXI) nous trouvons l'histoire très complète et très détaillée d'une jeune femme à antécédents nerveux, qui, à la suite d'une discussion, a fait une hémiplégie droite avec hémi-anesthésie, et qui a présenté le tableau très complet de l'aphasie portant sur tous les modes, aphémie, agraphie, surdité, cécité verbale.

De même, dans la thèse de Bernheim (Paris, 1900) nous trouvons l'observation d'une hystérique qui, après un accès de colère, fit une hémiplégie droite avec mutisme. Au mutisme ayant duré plusieurs jours, succède des troubles du langage. La parole spontanée est altérée par intermittence, parfois la malade supprime un verbe, parle à l'infinitif, ou présente de la paraphasie. La lecture à

haute voix est mauvaise, la malade change les mots ; la surdité verbale est intermittente ; les troubles de l'écriture sont également polymorphes variant du matin au soir.

Nous signalerons enfin en terminant, que non seulement on peut observer des troubles moteurs du côté de la face ou des troubles du langage dans le cortège symptomatique d'une hémiplégie hystérique, mais que quelquefois aussi les muscles de l'œil sont atteints.

On peut observer des déviations oculaires, soit en dedans, soit en dehors, qui sont fugaces, variant d'un jour à l'autre et affectant tantôt un côté, tantôt l'autre. Il ne s'agit pas là de paralysies vraies, mais de phénomènes spasmodiques. Il en est de même pour le ptosis qui, ainsi que l'a montré Parinaud, n'est qu'un ptosis pseudo-paralytique.

Quelles que soient ces manifestations oculaires, on ne les rencontrera jamais que sur la musculature externe de l'œil, car la musculature interne est toujours respectée par l'hystérie.

D'après cette étude symptomatique, l'hystérie est donc capable d'engendrer des troubles moteurs localisés à une moitié du corps et simulant une hémiplégie organique. Pour certains auteurs, elle irait plus loin encore et pourrait simuler un syndrome alterne. Deux types de paralysie alterne hystérique ont été décrits : le Millard-Gubler et le Weber. Nous avons choisi dans la littérature médicale, les observations que les auteurs citent comme caractéristiques de ces syndromes.

OBSERVATION VIII

(ANFIMOW. — *Revue russe de psychiâtrie*, 1896.)

Jeune fille de 26 ans, de souche névropathique. Sujette à des céphalées, palpitations, souvent triste, indifférente jusqu'à l'apathie complète.

Hémiplégie à la suite d'accès répétés d'amblyopie unilatérale avec rétrécissement du champ visuel.

A l'examen : paralysie très prononcée et de caractère spastique du facial gauche, en même temps qu'hémiplégie spastique du côté droit. La mimique du côté gauche est impossible, l'œil est largement entr'ouvert et larmoyant.

La sensibilité est normale à l'exclusion d'une hypoalgésie de la face.

Un traitement électrique avec suggestion eut vite raison de l'hémiplégie qui récidiva au bout d'un mois sous la forme vulgaire d'hémiplégie droite avec spasme glosso-labié du même côté. Guérison dans la suite.

Tournant, dans sa thèse de Paris, 1892, signale aussi de nombreux cas de paralysie alterne hystérique du type Millard-Gubler.

Existe-t-il donc réellement un syndrome de Millard-Gubler hystérique ? Nous croyons que dans la majorité des cas il résulte d'une erreur de diagnostic, consistant à croire à une paralysie faciale du côté opposé à l'hémiplégie, lorsqu'en réalité, il existe un spasme du même côté. Néanmoins, le caractère si variable de la paralysie faciale nous autorise à croire qu'il peut exister.

En est-il de même pour le syndrome de Weber ? Nous ne le croyons pas. Nous en trouvons pourtant de nombreuses observations.

OBSERVATION IX

(CHARCOT. — *Archives de neurologie*, 1891, p. 321.)

Novka, 18 ans, fleuriste. Antécédents héréditaires chargés au point de vue nerveux.

Il y a cinq ou six ans, chute de la paupière supérieure gauche survenue peu à peu et qui a persisté depuis cette époque, plus ou moins accusée suivant les jours.

Deux ans après, hémiparésie du côté droit avec phénomènes douloureux. Ces douleurs augmentèrent un an après et entraînèrent une hémiplégie complète droite avec contraction. Hémianesthésie droite. Cette hémiplégie a duré dix mois et maintenant a disparu. Le ptosis gauche persiste.

Réflexes normaux.

OBSERVATION X

(Sophie POUCHOWSKY. — Thèse Montpellier, 1902-1903.)

B., horloger, 18 ans, à antécédents héréditaires nerveux, et ayant présenté lui-même beaucoup de symptômes nerveux : vomissements, hoquet, polyurie, entéralgie, arthralgie. A présenté un ictus typique d'une durée de deux heures et qui fut suivi d'un mutisme de cinq jours et de troubles moteurs et sensitivo-sensoriels d'une moitié du corps.

A l'examen : hémiplégie gauche avec ptosis à droite. Démarche de l'hémiplégie hystérique. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Spasme glosso-labié. Spasme vésical. Guérison par suggestion.

Telles sont les observations qui sont données comme caractéristiques du syndrome de Weber, mais l'objection à faire c'est qu'aucun des muscles innervés par le moteur oculaire commun n'est atteint et que le ptosis dans ces deux cas n'est qu'un faux ptosis ou ptosis pseudo-paralytique.

Dans la thèse de Sophie Pouchowsky, l'auteur cite le cas d'un homme qui, blessé à l'œil par un stylet, eut un syndrome de Weber des plus typiques. Mais la suite des événements montre que l'hémiplégie hystérique rétrocéda et que le ptosis persista. Il s'agissait évidemment d'une hémiplégie hystérique, mais associée à des désordres oculaires occasionnés par le traumatisme. Chez ce malade existait d'ailleurs une mydriase persistante et c'était bien là la signature d'une association hystéro-organique, car pour nous l'hystérie n'a jamais donné aucune modification de la pupille.

Gaussel a fait paraître en 1908 un article dans le *Montpellier Médical*, où il déclare n'avoir jamais vu de syndrome de Weber hystérique, et pour lui l'hystérie qui donne des paralysies fonctionnelles est incapable de donner la paralysie d'un muscle ou d'un nerf.

Nous concluons donc, au sujet des paralysies alternes hystériques, que l'on peut observer très rarement une disposition des troubles moteurs rappelant le syndrome de Millard-Gubler, mais que jamais l'hystérie ne donnera un syndrome de Weber, bien plus, tout trouble moteur véritable dans le territoire du moteur oculaire commun nous paraît un indice certain de lésion organique.

Troubles sensitivo-sensoriels. — Ces troubles ont été constatés depuis longtemps, au cours de l'hémiplégie hystérique. Leur fréquence, leur constance même ont conduit tous ceux qui les ont recherchés à l'opinion restée classique jusqu'en ces dernières années qu'ils étaient un des stigmates de l'hystérie. Dans tous les écrits on trouvait que l'hémi-anesthésie accompagne la paralysie motrice et atteint la sensibilité dans tous ses modes.

Toutes ces idées doivent maintenant être battues en brèche et une conception nouvelle de la sensibilité dans l'hystérie a pris naissance. Examinons tout d'abord les troubles sensitifs proprement dits. Nous n'aurons en vue ici que les troubles de la sensibilité du côté des membres et de la face.

A la Société de neurologie du 9 avril 1908, les troubles sensitifs de l'hystérie ont fait l'objet d'une discussion à la suite de laquelle est né un principe que l'on peut ériger en règle générale : Il n'existe pas de troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie hystérique.

Les troubles sensitifs signalés par les auteurs relèvent de deux causes, ou ils sont créés par le malade pour qui un membre paralysé ne doit pas sentir, ou ils sont créés de toute pièce par le médecin qui, par un examen maladroit, est arrivé à suggestionner son malade. Sur un hystérique vierge de tout examen on ne trouvera pas d'hémi-anesthésie.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici l'opinion de ceux qui ont discuté cette question.

Babinski s'exprime ainsi : « Autrefois, quand je recherchais l'hémi-anesthésie, suivant les procédés dont on faisait usage, je la trouvais très fréquemment, puis petit à petit en perfectionnant ma méthode d'examen, en me mettant de plus en plus à l'abri de la suggestion, le nombre des cas de ce genre s'est réduit et dans ma statistique de ces quelques dernières années, sur 100 sujets présentant chacun au moins un des troubles pithiatiques, je ne trouve plus aucune exemple d'hémi-anesthésie. Le rôle de la suggestion, ainsi que l'avait d'ailleurs établi Bernheim, est donc prépondérant, sinon exclusif dans la

genèse de cette héli-anesthésie. Que faut-il faire pour obtenir des résultats semblables ou analogues aux miens? Se rappeler que de tous les troubles dits hystériques, l'anesthésie est peut-être celui que le médecin ou l'entourage crée le plus aisément et multiplier les précautions pour éviter la suggestion.

« Il faut explorer la sensibilité dès la première visite du malade et se garder de poser des questions de ce genre: « Sentez-vous bien ? Sentez-vous aussi bien d'un côté que de l'autre ? »

« Ce mode d'interrogation est détestable, et il suffit pour faire naître dans l'esprit du sujet l'idée d'anesthésie.

« Voici comment j'en procède. Je fais fermer les yeux du malade que j'examine, puis je commence par le prier de poser l'extrémité de son index sur l'endroit où je l'aurai touché. Je touche alors très superficiellement diverses parties du corps, puis je pince la peau, je la pique, j'exerce des pressions avec le doigt, je croise les doigts les uns sur les autres, je les écarte, je fléchis et j'étends les divers segments de membre, je fais palper des objets divers, ronds, carrés, allongés, j'applique sur les téguments des corps chauds et des corps froids, et si le sujet ne me dit pas spontanément ce qu'il sent, je me contente de lui demander « Qu'est-ce que je vous fais ? » Ainsi, en écartant les causes de suggestion ou d'erreur d'interprétation, je ne trouve plus jamais chez les malades d'héli-anesthésie. »

Gilbert Ballet confirme les idées de Babinski. Thomas pense que la localisation à une moitié du corps résulte de la comparaison qu'établit le médecin entre le côté droit et le côté gauche.

Brissaud cite le cas d'un accidenté du travail chez lequel, à la suite de l'accident, on n'avait pas constaté d'hémi-anesthésie, mais qui plus tard, après un examen médical, à l'occasion d'une expertise, présenta de l'hémi-anesthésie.

Souques raconte qu'étant interne de Charcot il eut l'occasion souvent d'examiner à la consultation des malades hystériques sans troubles sensitifs. Dès leur entrée dans le service on ne tardait pas à constater de l'hémi-anesthésie.

L'hémi-anesthésie hystérique ne doit donc plus être considérée comme un signe de la névrose, car dans la majorité des cas elle est créée par le médecin. Il existe pourtant des cas où, sans aucun examen médical antérieur, le malade se présente avec des troubles sensitifs. C'est alors que pour les produire est entrée en jeu, non plus la suggestion médicale, mais l'autosuggestion ou la simulation. Ne pouvant remuer ses membres le malade s'est imaginé qu'il ne sentait plus, ou bien interrogé par son entourage, qui s'intéresse à lui, et qui souvent explore ses membres en lui demandant s'il sent encore, il se suggestionne et perd sa sensibilité du côté paralysé.

Dans d'autres cas, enfin, les troubles de la sensibilité sont simulés par le malade, soit par intérêt, soit pour se rendre intéressant, soit pour mystifier l'entourage.

Les troubles de la sensibilité n'existant pas en tant que phénomènes spontanés et caractéristiques de l'hémiplégie hystérique, nous ne les décrirons pas lorsqu'ils ont été produits. Nous dirons seulement qu'ils sont susceptibles de se modifier d'un moment à l'autre, que l'aimant et l'électricité ont sur eux une grande influence. La sugges-

tion est pour eux une pierre de touche les faisant apparaître ou disparaître à volonté.

Très souvent ils quittent leur localisation première lorsqu'on a soin de distraire l'attention du malade pendant l'examen. Signalons enfin un procédé commode pour les dépister. Lorsqu'on fait fermer les yeux à un hystérique présentant des troubles sensitifs et qu'on l'invite à dire oui chaque fois qu'il ressentira une piqure d'épingle ou un frôlement et à dire non quand il ne les ressentira point, on observe que souvent il ne se contente pas de dire oui lorsqu'on touche le côté normal, mais il dira aussi non chaque fois qu'on touche le côté anesthésié.

L'hémi-anesthésie sensitive ayant perdu son originalité, voyons maintenant ce que sont devenus, à la lueur des idées nouvelles, les troubles sensoriels qui l'accompagnaient.

C'est du côté de l'œil surtout que jusqu'à nos jours on constatait deux symptômes caractéristiques de l'hystérie; le rétrécissement du champ visuel et la dyschromatopsie. Leur valeur était reconnue par tous et leur présence servait souvent à trancher un diagnostic en faveur de la névrose.

Cette question a été reprise dans la séance du 9 avril 1908 de la Société de neurologie. Babinski, Brissaud, Rochon-Duvigneaud, ont montré qu'il n'existait pas de rétrécissement du champ visuel de nature hystérique. D'après eux, on est induit en erreur dans la recherche de ce symptôme par le malade. Il ne comprend pas toujours bien la question posée et déclare ne voir l'index de papier qu'au moment où il le perçoit d'une manière très

nette. Il en résulte un rétrécissement apparent qui disparaît à la suite de quelques explications.

Brissaud, en employant un procédé qui lui est propre, dit n'avoir plus constaté de rétrécissement du champ visuel. « Au lieu de commencer par demander au malade s'il voit l'objet placé directement devant lui, je place les deux pouces derrière sa tête et je les ramène progressivement vers la ligne médiane en lui demandant de me dire à partir de quel moment il cessera de les voir et je constate qu'il les voit toujours dans les positions les plus extrêmes. »

Rochon-Duvigneaud déclare n'avoir plus constaté dans sa clientèle de rétrécissement du champ visuel, à l'aide de ces nouvelles méthodes. « Toutes les fois, déclare-t-il, que sur la demande de confrères, j'ai examiné des champs visuels d'hystériques, j'ai trouvé tout au plus des rétrécissements de fatigue ; j'entends par là que pour le premier méridien exploré, l'étendue était normale et allait ensuite en se rétrécissant à mesure que l'examen se prolongeait ; de sorte qu'en définitive, le dessin campimétrique de ces champs visuels représentait souvent une spirale rétrécissant ses tours du premier au dernier méridien examiné. »

Le rétrécissement du champ visuel ne doit donc plus être considéré comme un stigmate de l'hystérie ou même comme un signe de valeur au point de vue du diagnostic ; il en est de même de la dyschromatopsie. L'étude de l'extension du champ visuel des diverses couleurs est très difficile à faire sans instrument. Tous les sujets ne voient pas, en effet, le vert ou le rouge dans la même étendue. De plus, le vert et le rouge ne sont pas les mêmes pour

chaque médecin et enfin il est difficile pour un malade même intelligent de déterminer le degré périmétrique exact où telle couleur lui apparaît nettement en tant que couleur précise. On supplée à cette difficulté d'examen par le diploscope, grâce auquel toute supercherie est impossible, et avec l'aide de cet instrument on n'observe plus de dyschromatopsie hystérique.

La toupie de Newton composée de vert et de rouge peut renseigner quelquefois sur la valeur des affirmations d'un malade qui dit ne pas percevoir le vert. Lorsqu'on l'a fait tourner devant lui, il accuse nettement la perception de la couleur blanche.

A côté des troubles visuels, mais bien moins fréquents, sont les troubles de l'ouïe du côté hémiplégié. On a signalé en effet de l'anesthésie des téguments de l'oreille, de l'hypoacousie et même de la surdité complète du côté paralysé. Chavanne, dans sa thèse de Lyon 1901, a bien étudié les rapports de l'oreille et de l'hystérie. Il admet qu'il peut exister de l'hypoacousie tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais que c'est là un phénomène rare, car bon nombre de malades présentent des lésions de l'oreille passées jusque-là inaperçues.

Quant aux troubles du côté de l'odorat et du goût, nous ne nous y arrêterons pas. Outre leur rareté, ils sont toujours des produits artificiels créés par le malade.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — Leur étude nous retiendra peu. En effet, si l'hystérie a pu créer en un temps où elle était mal conçue des troubles vaso-moteurs, actuellement la conception que nous avons de cette névrose ne nous permet pas de les accepter comme au-

thentiques. Nous n'avons pas à discuter ici la question des troubles vaso-moteurs dans l'hystérie en général. La limitation de notre sujet à l'hémiplégie hystérique nous permet d'affirmer qu'il n'existe pas de troubles moteurs dans cette affection. En parcourant les observations d'hémiplégie hystérique, nous n'avons trouvé que très rarement signalés un peu d'œdème de la main ou un peu de cyanose et dans ces rares observations un examen rigoureux et une surveillance incessante de la malade n'avaient pas été faits. De sorte que ces phénomènes peuvent bien avoir été provoqués par le malade toujours si désireux de se rendre intéressant.

La seule observation de troubles vaso-moteurs, digne d'être notée, est celle d'un malade que rapporte Raymond à la Société de neurologie du 9 avril 1908. Il s'agissait d'une malade présentant une héli-contracture hystérique et qui, du côté de ses membres contracturés, avait présenté les phénomènes suivants : épaissement léger de la peau du dos de la main, qui était comme imbibée, rougeur de la peau et élévation notable de la température. Cette malade fut examinée par les différents membres de la Société et c'est à son sujet que la discussion des troubles vaso-moteurs fut reprise.

Aucun des auteurs présents ne put affirmer avoir vu un cas authentique et rigoureusement observé de troubles vaso-moteurs dans l'hystérie. Quant à la malade présentée par Raymond, Babinski fit remarquer que l'œdème qu'elle avait présenté avait disparu et par conséquent n'avait été qu'un phénomène passager, peut-être artificiellement provoqué par la malade. Il existait en outre dans ce cas un rétrécissement de la radiale du côté non

paralysé et la circulation plus active du côté malade jointe à la contracture musculaire très intense de ce côté, suffisait à justifier la température locale, seul trouble vasomoteur actuellement constaté.

Il n'existe pas davantage de troubles trophiques dans l'hémiplégie hystérique.

Des réflexes. — L'histoire des réflexes peut être divisée en deux périodes : la première avec Charcot, qui va de la fin du xix^e siècle jusqu'en 1893. La deuxième qui part de 1893 jusqu'à nos jours et qui est marquée par la communication de Babinski, dans laquelle il réfute l'opinion admise jusqu'alors. Dans cette deuxième période deux camps vont se constituer : celui des partisans, celui des adversaires de l'exagération des réflexes.

Première période. — Charcot, dans ses leçons, déclare que les réflexes loin d'être exagérés comme dans l'hémiplégie vulgaire, sont moins accentués du côté paralysé que du côté sain. Toutefois, on trouve éparses dans ses cliniques de nombreuses observations de paralysie avec exagération des réflexes et trépidation épileptoïde. Il met en garde déjà contre le tremblement qui, par son intensité, simule assez bien le phénomène de la trépidation épileptoïde, mais qui peut être arrêté par la brusque flexion plantaire de l'avant-pied.

Bourneville, Blocq, Olive, Richer remarquent que dans les cas de contracture hystérique avec hyperesthésie ovarienne et hémianesthésie, on constate que la percussion du tendon d'Achille amène un relèvement brusque de la plante du pied et que la trépidation épileptoïde peut être obtenue facilement.

Guinon, dans sa *Revue générale sur la séméiologie des réflexes*, admet la diminution des réflexes tendineux dans la paralysie hystérique flasque, l'exagération dans la paralysie avec contracture.

Grasset, Souques, Rendu signalent des cas d'exagération des réflexes.

Gilles de la Tourette considère les réflexes rotuliens comme normaux dans l'hémiplégie hystérique et revient sur le tremblement simulant la trépidation épileptoïde.

Dutil admet que les réflexes tendineux ne sont pas modifiés, seuls les réflexes cutanés peuvent subir quelques modifications.

Deuxième période. — Telles étaient les opinions des auteurs, toutes différentes les unes des autres, lorsqu'en 1893 Babinski s'élève dans une importante communication à la Société médicale des hôpitaux contre la conception ancienne des réflexes dans l'hémiplégie hystérique.

Il pose dès lors un principe qu'il confirmera dans toutes les occasions, à savoir que l'hystérie ne modifie pas les réflexes et que leur exagération n'existe pas au cours d'une hémiplégie hystérique. On peut observer au cours de celle-ci de faux réflexes ou ce qu'il appelle les réflexes illégitimes.

Il confirme ses idées dans de nouvelles communications en 1900, 1903, 1906 et différencie en outre la vraie trépidation épileptoïde de la fausse épilepsie spinale et de l'épilepsie spinale fruste.

Enfin, par sa doctrine du pithiatisme, il apporte un nouvel argument contre l'exagération hystérique des ré-

flexes : la suggestion n'ayant jamais pu modifier les réflexes, ni produire du clonus.

A la suite de Babinski, Bernheim, Gilbert Ballet, Brissaud présentent des observations de malades, considérés tout d'abord comme hémiplésiques hystériques avec réflexes exagérés, mais dont l'évolution a permis de conclure à une affection organique.

Jendrassik, Klippel, Cestan admettent aussi les idées de Babinski, et pour eux l'exagération des réflexes permet d'écarter l'hystérie.

Laignel-Lavastine, Levi présentent à la Société de neurologie des hystériques avec exagération des réflexes, mais dont l'observation minutieuse permet de conclure à une association hystéro-organique.

A côté de cette opinion persiste néanmoins une opinion tout à fait opposée et qui admet que l'hystérie est capable de modifier les réflexes, de les exagérer et de donner de la trépidation épileptoïde.

Dejerine, Raymond, Van Gehuchten, Sollier, Crocq en sont les défenseurs. En 1902, Rouche écrit une importante thèse sur les réflexes dans l'hystérie et sur 132 cas signale le réflexe rotulien exagéré 88 fois et la trépidation épileptoïde 37 fois.

A la Société de neurologie de 1908, la question des réflexes tendineux a été de nouveau discutée et la majorité des auteurs semble se ranger à l'opinion de Babinski et en tout cas ceux qui admettent encore l'exagération des réflexes avouent cependant que la suggestion ne peut en rien les modifier.

Grasset, cependant, dans la thèse de Roger, de Montpellier, 1908, soutient que les réflexes peuvent être exa-

gérés dans l'hémiplégie hystérique et que la trépidation épileptoïde peut y présenter les caractères du clonus organique.

Nous ne ferons que mentionner, non pas que nous lui attribuons quelque valeur, mais à titre d'originalité, l'opinion de Parkes Weber, qui, à l'inverse de tous les auteurs, prétend que l'extrême exagération du réflexe rotulien avec clonus de la rotule est un signe d'hystérie.

Dans ce chaos d'opinions on serait embarrassé pour se faire une idée sur l'état des réflexes dans l'hémiplégie hystérique, si l'on acceptait sans réserve les conclusions des auteurs. Mais en se plaçant sur le terrain clinique et en critiquant sévèrement et sans idée préconçue les observations, on peut néanmoins arriver à conclure.

Nous commencerons par l'exposé des observations que les auteurs donnent comme caractéristiques de l'exagération des réflexes.

OBSERVATION XI

(ROGER. — Thèse de Montpellier, 1907.)

E. G., terrassier, 34 ans, tombe, en travaillant, d'une hauteur de 1 mètre 50, perd connaissance un quart d'heure, puis peut se relever et rentrer chez lui. Le lendemain, il est conduit à l'hôpital où il aurait été soigné pour une fracture de côte et une hémiplégie droite.

Quinze jours après son entrée, au moment où on le met dans une gouttière Bonnet, s'installe une paraplégie, sans rétention ni incontinence d'urine. Deux mois après, guérit la paralysie du membre inférieur gauche et le malade reste hémiplégique droit. Il entre alors, en janvier 1908, dans le service de Grasset.

On constate une hémiplégie droite avec anesthésie super-

posée. L'anesthésie n'existait pas cependant au membre supérieur droit au premier examen et n'est apparue qu'au deuxième examen. D'autre part, si on lui faisait dire oui ou non en explorant sa sensibilité, il répondait non lorsqu'on piquait son membre paralysé.

Les réflexes étaient exagérés à droite avec trépidation épileptoïde, qui a, d'ailleurs, manqué à un examen.

L'observation signale enfin que le malade est très méfiant, hésite avant de répondre et se refuse parfois à tout examen, qu'il déclare trop douloureux.

Le malade a été revu six mois après son entrée à l'hôpital, par conséquent un an après son accident, avec une impotence aussi intense du côté droit, de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde de ce côté. Il présentait même de l'œdème du membre.

OBSERVATION XII

(Van GEUCHTEN. — Nevraxe, janvier 1908.)

Femme, 35 ans, présentant une crise d'hystérie à chaque période menstruelle. Il y a deux ans, à la suite d'une crise, paralysie avec contracture du membre inférieur gauche et paralysie flasque du membre supérieur gauche. Ces troubles ont persisté depuis.

Actuellement, contracture intense du membre inférieur gauche empêchant tout déplacement. Celui-ci est animé de petites secousses. Parésie du membre supérieur gauche.

Hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle gauche.

Le traitement par la suggestion a amélioré la contracture et l'on a pu examiner les réflexes.

Réflexes normaux à droite, exagérés à gauche. Clonus du pied à gauche, qui persiste aussi longtemps que l'on veut et qui, pour l'auteur, est superposable à un clonus organique.

OBSERVATION XIII

(FOUQUET. — Thèse de Lille, 1901.)

Hémiplégie gauche passagère, survenue quelques jours après un rêve. Faiblesse des membres inférieurs, nystagmus, tremblement intentionnel. Plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie.

Réflexes très exagérés. Trépidation épileptoïde. Pas de Babinski.

Amélioration par un traitement révulsif.

Nouvel ictus après un rêve. Guérison par suggestion.

OBSERVATION XIV

(ROGER. — Thèse de Montpellier, 1907.)

Femme, 50 ans, sans antécédents héréditaires ou collatéraux, qui, à la suite d'une discussion avec ses voisines, fait une hémiplégie droite avec aphasie qui dure dix mois.

Deux ans après, hémiplégie gauche respectant la face. Anesthésie segmentaire à la cuisse. Ces troubles durèrent six mois. Elle entre dans le service six mois après, pour de la diminution de la vue, des douleurs lombaires, de la faiblesse des membres inférieurs. Elle ne présente pas de diminution de la force de ses membres, mais une démarche hystérique des plus caractéristiques. Les réflexes sont exagérés du côté droit avec clonus du pied.

OBSERVATION XV

(INGENIEROS. — *Presse Médicale*, 1906.)

M. R., 24 ans, commis en pharmacie. Vie régulière, caractère tranquille, quoique extravagant. Neuf enfants, dont huit vivent. Il y a six ans, à la suite d'une contrariété, il eut une attaque de nerfs avec perte de connaissance et des

convulsions. Il resta dix-huit jours dans cet état. Plus tard, ces attaques se répétaient à chaque contrariété ou émotion. L'arrivée de l'attaque est marquée par une sensation générale d'inquiétude accompagnée d'un malaise vague, puis il sent une contraction épigastrique et une boule qui se glisse et remonte jusqu'au pharynx. Sa vue se trouble et il tombe sans connaissance. Pas de cri initial. Pas de morsure de la langue. Pas de miction. Lors de la dernière attaque, il est resté avec une hémiplegie droite avec aphasie, exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde. Signe de Babinski net. Hémianesthésie droite.

OBSERVATION XVI

(INGEGNIEROS. — *Presse Médicale*, 1906.)

Malade ayant présenté, il y a quatre ans, une hémiplegie droite avec aphasie, qui guérit en quinze jours.

Actuellement, hémiplegie survenue subitement après un début pseudo-apoplectique. On constate une hémiplegie droite avec aphasie prenant la figure; la langue est déviée du côté de la paralysie. Réflexes tendineux exagérés, trépidation épileptoïde. Hypoesthésie droite. Signe de Babinski net. Guérison un mois et demi après.

OBSERVATION XVII

(DEJERINE et NORERO. — *Revue de neurologie*, 1906.)

B., 35 ans, couturière. Sa mère, à 25 ans, a eu une hémiplegie droite qui a persisté et, depuis, présente des crises qui ressemblent à de l'épilepsie.

A la suite d'une chute de tramway, elle fit une hémiplegie gauche qui a duré six semaines. A la suite, asthénie généralisée et anorexie absolue, pour laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'entrée, femme très amaigrie et pâle, sans paralysies, mais avec un affaiblissement musculaire généralisé.

Réflexes exagérés, surtout à gauche et, de ce côté, trépidation épileptoïde qui persiste tant que l'on maintient le pied en flexion dorsale. De ce côté, clonus de la rotule. A droite, quelques secousses et le phénomène cesse. Pas de clonus.

A mesure que son état général s'améliorait, on a constaté une diminution progressive du clonus du pied et de la rotule. On n'obtient plus que deux ou trois secousses, mais sous l'influence de l'émotion tout reparaît.

OBSERVATION XVIII

(DEVIC et ROUX. — *Province Médicale*, 1896.)

M., 27 ans, institutrice. Pas d'antécédents nerveux.

Mariée, il y a sept ans. Pas d'enfant, mais sept fausses couches de six à deux mois, une à cinq mois. Pas d'autres signes de spécificité, à part des céphalées nocturnes très violentes. Bonne santé habituelle.

Il y a un mois, après des céphalées violentes, hémiplegie droite prédominant au membre inférieur; rien à la face. Réflexe rotulien aboli à droite, avec trépidation épileptoïde très marquée. Exagération du réflexe plantaire droit. Pas de troubles de la sensibilité.

On lui fait pendant un jour un traitement spécifique que l'on remplace, le lendemain, par un traitement anodin. L'amélioration a été rapide. La trépidation épileptoïde se prolonge aussi longtemps que l'on tient la plante soulevée. Elle cesse par la flexion du gros orteil.

Elle a diminué progressivement au fur et à mesure que revenait la motricité, et le réflexe rotulien est revenu à droite, mais difficile à obtenir.

Voici donc une série d'observations qui semblent démontrer que l'on peut observer de l'exagération des réflexes et du clonus dans l'hystérie. Nous signalerons en outre le travail de Crocq, qui a fait un travail sur l'étude

de la réflectivité dans l'hystérie, et dont les résultats sont consignés dans la *Revue de neurologie* de 1904. Pour cet auteur, les réflexes sont exagérés dans 73 p. 100 des cas avec paralysie et le clonus existe dans 10 p. 100 des cas.

Que faut-il penser de cet ensemble de faits ? L'hystérie exagère-t-elle les réflexes et détermine-t-elle un clonus véritable ? Nous ne le croyons pas.

L'hystérie telle que nous la concevons maintenant, ou pour employer le terme de Babinski, le pithiatisme n'exagère pas les réflexes et ne donne pas de clonus.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un tableau clinique rappelant l'hystérie et qui présente de l'exagération des réflexes ou du clonus, le problème se pose pour nous de la façon suivante :

1° Où cette hystérie relève d'une cause toxique, alcoolisme, insuffisance rénale, hépatique, surrénale, ou d'une cause microbienne, tuberculose, maladies infectieuses en général, ou de certains états physiologiques, fatigue, refroidissement, inanition, fièvre. Dans certains cas, il peut exister une toxi-infection primitive des centres nerveux, ainsi que Bernheim l'a signalée dans la *Revue médicale de l'Est*, en 1908.

2° Ou bien il s'agit d'une association hystéro-organique. La lésion est ordinairement centrale, mais peut être aussi locale, articulaire ou péri-articulaire.

3° Ou enfin il s'agit d'hystérie, les phénomènes observés ne sont que de faux réflexes, des réflexes illégitimes, ainsi que les appelle Babinski, et la trépidation n'est qu'une variété de tremblement.

C'est à Babinski, en effet, que revient le mérite d'avoir

donné de ces prétendus réflexes une explication évidente. Il insiste sur la difficulté qu'il y a à rechercher les réflexes, car chez les prédisposés nerveux la manifestation extérieure du réflexe peut être dénaturée par des influences psychiques.

« Le mouvement d'un segment de membre qui résulte de la percussion d'un tendon et qui donne la mesure apparente de l'intensité du réflexe est susceptible d'être, par un acte moteur d'origine psychique, atténué ou exagéré, suivant que les efforts de ces deux phénomènes se contrarient ou s'ajoutent. »

Pour examiner les réflexes il convient de s'entourer de beaucoup de précautions : Faire asseoir le malade sur le bord du lit, les jambes pendantes, lui faire fermer les yeux, détourner son attention par une conversation suivie ou par des manœuvres, qui réussissent lors des premiers examens, celle de Jendrassik par exemple. L'examen doit être en outre répété. Dans ces conditions, on n'observe ni exagération des réflexes, ni affaiblissement. Quelquefois on a des réflexes forts ou une secousse énergique qui donne l'impression d'une exagération de ces réflexes. Mais, d'après Babinski, « si on y regarde de près, si on analyse soigneusement le phénomène, on arrive le plus souvent à reconnaître que cette exagération n'est qu'apparente, que le mouvement qu'on observe se compose de deux éléments qui représentent les effets de deux actes bien différents : d'une part, un mouvement ayant une amplitude égale et une forme identique à celle d'un réflexe normal, c'est le réflexe tendineux légitime et d'autre part un mouvement bien plus étendu d'origine psychique, c'est le réflexe tendineux illégitime. Le plus sou-

vent, une simple inspection suffit pour distinguer ces deux phénomènes l'un de l'autre ; c'est ainsi qu'on pourra affirmer, dans certains cas, qu'un mouvement consécutif à la percussion d'un tendon n'est pas le résultat d'un réflexe tendineux légitime :

Soit parce que le temps perdu entre la percussion et la réaction est d'une durée excessive ;

Soit parce que le mode de contraction des muscles ou la nature du mouvement ne présente pas les caractères qui appartiennent au réflexe tendineux légitime ;

Soit parce qu'un mouvement analogue peut être obtenu par la percussion d'une région qui avoisine le tendon ;

Soit parce que l'état des réflexes subit, à de courts intervalles, des modifications notables.

Babinski a critiqué, en outre, la trépidation épileptoïde signalée par beaucoup dans l'hystérie. D'après lui, il s'agit, dans les cas cités, soit d'un tremblement, soit d'épilepsie spinale fruste.

Le tremblement est un phénomène trop connu pour que nous insistions. Il se caractérise par des secousses non rythmées débutant au pied, se propageant à la jambe et à la cuisse.

Toute autre est l'épilepsie spinale fruste. Pour Babinski elle se distingue de l'épilepsie spinale vraie, en ce qu'elle nécessite des manœuvres compliquées et l'intervention de la volonté du sujet. Pour sa production, il est indispensable que l'individu en expérience exerce volontairement une contre-pression sur la main, qui redresse le pied, et cette contre-pression ne doit être ni trop forte ni trop faible. A l'appui de son opinion, Babinski a présenté à la Société de neurologie 5 sujets, chez qui

la trépidation absente, quand ils ne contractent pas la jambe, apparaît dès que par un effort volontaire ils étendent légèrement le pied.

Cette épilepsie spinale fruste est susceptible de présenter plusieurs degrés.

Tantôt elle est difficile à obtenir et s'épuise vite.

Tantôt elle est facile et dure longtemps.

Tantôt on peut la faire réapparaître quelques heures après.

Claude et Rose, dans la *Revue de neurologie* de 1906, ont apporté une preuve des opinions de Babinski en étudiant le phénomène à l'aide de la méthode graphique. Claude cite les cas de deux malades : chez l'une, on sentait nettement la contre-pression ; chez l'autre le clonus variait d'un moment à l'autre, et un jour celui-ci ayant cessé brusquement au cours d'un examen, la malade dit « Je croyais que c'était fini », prouvant ainsi qu'elle se défendait par une contraction antagoniste contre la pression exercée par l'observateur.

Claude a pris des tracés du clonus dans les maladies organiques et fonctionnelles et est arrivé aux conclusions suivantes :

Dans les maladies organiques le tracé est régulier, les jambages sont égaux et équidistants. La vitesse est de 4 à 6 à la seconde, le trait de plume inscripteur reste le plus souvent plein d'un bout à l'autre.

Dans l'hystérie, il distingue deux sortes de tracé. Dans l'un, les jambages sont irréguliers, la vitesse est de 8 à 12 à la seconde et le trait de plume est tremblotant ; ce tracé correspond au tremblement. Dans l'autre le graphique simule celui d'une affection organique, mais il existe

néanmoins des inégalités assez accentuées dans la hauteur des jambages et une vitesse toujours plus grande. Ce deuxième graphique, qui est celui de l'épilepsie spinale fruste, n'est obtenu que lorsqu'on concentre l'attention du malade sur les manipulations que l'on fait subir à son pied. Si l'on détourne son attention, tout en continuant à rechercher le phénomène, on voit le deuxième graphique se transformer en premier graphique caractéristique du tremblement.

L'observation suivante de Brissaud et Grenet nous permet d'apprécier les caractères de ce faux clonus.

OBSERVATION XIX

(BRISSAUD et GRENET. — *Rev. Neur.*, 1904.)

Homme, 38 ans, sans antécédents héréditaires ou collatéraux. Deux ans après un accident survenu au cours de son travail, il accuse de l'impotence dans la marche et des douleurs dans la cuisse droite.

L'examen montre un peu d'hypoesthésie de la jambe droite et une légère douleur à la pression sur la colonne.

Les réflexes tendineux sont un peu forts, les réflexes cutanés normaux. Lorsqu'on pratique la recherche du clonus, on provoque une série de secousses mal rythmées et se produisant dans la cuisse et dans le pied ; à d'autres moments, on détermine des secousses d'abord au pied et s'étendant ensuite à la cuisse et à la jambe. Ce tremblement continue un certain temps après que l'on a cessé toute pression sur le pied. Quelquefois on a pu déterminer dans le pied droit quelques secousses bien rythmées, et ressemblant au vrai clonus ; jusqu'à ce jour, elles s'épuisaient très rapidement, mais il semble qu'à mesure que l'on examine le malade, elles durent plus longtemps et nous avons pu déterminer ce matin des secousses régulières et persistant indéfiniment tant que l'on exerçait une pression sur le pied.

Pas de Babinski. Pas de troubles sphinctériens. Liquide céphalo-rachidien normal.

Cette observation est bien caractéristique comme exemple de faux clonus et d'épilepsie spinale fruste tout à la fois. Elle ne contient pas le symptôme hémiplégie, mais nous l'avons citée, car chez un sujet évidemment hystérique comme celui-là l'hémiplégie n'a que la valeur d'un symptôme que le malade peut réaliser d'un moment à l'autre, suivant son imagination ou ses intérêts et présenter alors le cas signalé par beaucoup de l'hémiplégie hystérique avec trépidation épileptoïde.

L'étude des réflexes cutanés et muqueux présente un intérêt et une valeur séméiologique inférieure à celle des réflexes tendineux.

Les réflexes cutanés les plus recherchés sont le réflexe abdominal, le réflexe crémastérien, et le réflexe plantaire. Les deux premiers ne sont en général pas modifiés par l'hystérie, dans quelques cas cependant le réflexe abdominal est absent.

Le réflexe plantaire présente deux modalités, sa forme et son intensité. Cette dernière est très souvent modifiée. Il peut être affaibli et quelquefois aboli du côté hémiplégie. On observe assez souvent une abolition du réflexe plantaire coïncidant avec des réflexes rotuliens un peu forts et c'est là un signe d'hystérie sur lequel a insisté Teissier. La forme du réflexe plantaire n'est jamais modifiée, elle se dessine en flexion. Crocq, dans son étude des réflexes dans l'hystérie a désigné sous le nom de phénomène plantaire combiné l'abolition simultanée du réflexe en flexion et du réflexe du fascia lata. Pour lui,

ce serait un signe important d'hystérie qu'il retrouve dans 59 p. 100 des cas.

L'étude des réflexes muqueux nous retiendra peu. Nous ne ferons que mentionner le réflexe pharyngien dont l'abolition n'a plus de valeur comme stigmate d'hystérie. Du côté de l'œil on peut avoir un signe quelquefois utile, nous voulons parler de l'anesthésie cornéenne et de l'abolition du réflexe cornéen. Il n'existe pas de troubles pupillaires dans l'hémiplégie hystérique.

En résumé, nous considérons l'hystérie comme incapable de modifier les réflexes tendineux et de donner une véritable trépidation épileptoïde. Les observations qui rapportent ces symptômes nous paraissent devoir rentrer dans la catégorie des hémiplégies hystériques avec réflexes illégitimes et faux clonus.

Quant aux observations d'Ingegnieros, nous nous baserons sur un fait pour les apprécier : c'est le seul auteur qui, dans la littérature médicale, est venu contester la valeur de l'extension du gros orteil. Tous les auteurs, même ceux qui admettent la réflectivité exagérée et le clownisme vrai, ont respecté ce signe. Il est vraisemblable qu'ils ont vu à eux tous beaucoup plus d'hémiplégies hystériques que l'auteur américain, et il faudrait une coïncidence étrange et un favoritisme qui n'existe pas en clinique, pour que cet auteur ait pu seul constater un véritable réflexe en extension dans l'hémiplégie hystérique. Nous pensons qu'il s'agit d'une erreur d'interprétation.

Allure clinique et évolution. — Nous avons jusqu'ici démembré l'hémiplégie hystérique en ses éléments fondamentaux ; il convient maintenant, rejetant au second

plan la maladie, de jeter un coup d'œil sur le malade. Par son aspect extérieur, par son maintien, par ses questions ou ses réponses, son indifférence ou son inquiétude, il réalise, en effet, un type clinique qui frappe quelquefois à première vue et met sur la voie du diagnostic. Ce sont, en effet, des malades timorés le plus souvent, qui n'osent regarder le médecin qu'à la dérobée et épient tous ses gestes. Tantôt ce sont des muets, auxquels il faut arracher une réponse, qui cherchent à vous tromper et que l'examen un peu prolongé fatigue et ennuie. Ceux-là sont des indifférents, et le plus souvent des professionnels de l'hystérie. Ils rentrent dans la grande classe des hystéro-traumatisés, des accidentés du travail, des victimes de l'existence. L'hémiplégie est le plus souvent flasque et totale et chez eux son évolution est longue.

Tantôt ils parlent beaucoup, racontent avec force détails les événements de leur vie et vous prennent d'emblée comme confidents. Ils sont inquiets, irrités de se voir dans cet état, ils se souviennent qu'un tel présentant la même maladie n'a pas guéri, ils ont lu que la paralysie des membres rend infirme le plus souvent. Ceux-là ne sont pas des impotents confinés au lit, ils marchent avec peine, avec précaution, supportant d'une main la main paralysée. Ils réalisent le type le plus fréquent, le plus facile à guérir, car chez eux la suggestion fera varier à son gré les phénomènes moteurs ou sensitifs.

Cette variation des phénomènes, entre les mains de médecins expérimentés, est en effet une des caractéristiques de l'hémiplégie hystérique. Nombreux sont les cas, en effet, où par la suggestion seule on a pu faire passer

brusquement une hémiplegie d'un côté à l'autre. Mais un caractère plus important encore donne à l'hémiplegie hystérique une expression clinique tout à fait singulière, nous voulons parler de son évolution.

Cette évolution peut présenter des phases très variables, mais un principe général la domine, c'est la guérison complète, la *restitutio ad integrum*.

Hémiplegique flasque dès le début, le malade gardera pendant toute la durée de sa crise, cette flaccidité sans contracture secondaire et ce fait est pathognomonique de la névrose.

Hémiplegique avec contracture d'emblée, il persistera dans le même état, révélant ainsi, par l'apparition soudaine de sa contracture, la nature hystérique de son affection.

Ces deux types de paralysie évolueront sans modification aucune de la contractilité musculaire ou de la conductibilité nerveuse. Entraîneront-ils des atrophies ? Nous ne le croyons pas. Dans les hémiplegies hystériques qui ont duré longtemps, on peut observer une diminution du membre paralysé, une certaine fonte des masses musculaires, mais ces atrophies nous paraissent relever du défaut d'usage.

Enfin, l'évolution de l'hémiplegie hystérique dépend de trois facteurs : du malade, des événements, du médecin.

Le malade peut beaucoup. C'est lui qui a créé sa maladie, il en est le maître ; s'il veut guérir il le pourra vite. La guérison s'obtiendra vite aussi, chez celui qui, à sa sortie de l'hôpital, reprendra une place un instant quittée, elle sera au contraire traînante chez l'accidenté du travail, chez le pauvre qui ne sait que faire et où aller.

Les événements, les émotions, la peur d'une brûlure, la peur d'une noyade sont des facteurs que nous avons trouvés souvent signalés comme ayant guéri des hémiplégiques déjà anciens.

Le médecin enfin joue ici un rôle véritablement actif. L'électricité, les pointes de feu, l'aimant, le nitrite d'amyle mais surtout la parole seront pour lui des armes puissantes qui, soit spontanément, soit plus lentement, mais en tout cas toujours mettront fin à la scène.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Deux ordres de phénomènes doivent être successivement envisagés dans l'étude du diagnostic différentiel, les uns extrinsèques, les autres intrinsèques. Telle est la division proposée par Babinski dans son article de la *Gazette des Hôpitaux*, de 1900.

Les premiers sont relatifs aux antécédents du malade, aux circonstances, au début de l'hémiplégie.

Les seconds comprennent l'étude différentielle des troubles observés.

Phénomènes extrinsèques. — Nous avons vu que le terrain influait peu pour le développement des phénomènes moteurs hystériques et que l'on avait signalé des hémiplégies hystériques chez des syphilitiques, au cours du rétrécissement mitral, au cours des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde.

Est-ce donc un facteur négligeable ? Nous ne le croyons pas. Les précédentes observations sont anciennes et depuis l'évolution des idées sur la question de l'hystérie, il nous paraît difficile d'admettre que ce soit une origine purement suggestive qui ait présidé aux événements.

Nous attachons donc une réelle valeur à l'étude du ter-

rain et la présence d'une cardiopathie, d'une maladie infectieuse aiguë ou chronique, d'une intoxication externe ou interne, la notion d'un traumatisme important, nous rendra extrêmement prudent, sinon pour rejeter la névrose, tout au moins pour admettre son association avec un processus organique.

Nous avons vu l'hystérie frapper tous les âges, mais la vieillesse est néanmoins un élément dont il faut tenir compte. Le malade est plus sujet lorsque ses vaisseaux ont perdu leur élasticité à les rompre sous des influences même minimes.

Un autre facteur peut aussi entrer en ligne de compte, c'est l'heure du début de l'hémiplégie. D'une façon générale, on peut dire que l'hémiplégie hystérique est presque toujours l'hémiplégie du jour, tandis que l'hémiplégie organique peut se voir aussi bien le jour que la nuit, mais plus souvent la nuit. Pierre Marie a étudié récemment l'heure du début de l'hémiplégie organique et dans la thèse de Le Couedec nous trouvons énoncée l'opinion suivante. L'hémiplégie organique apparaît, soit lors du réveil, au cours de la nuit, soit pendant le sommeil, entre 3 et 4 heures du matin.

Phénomènes intrinsèques. — 1° PÉRIODE DE COMA. A cette période appartiennent des symptômes qui permettent déjà d'affirmer la nature organique ou névrotique des phénomènes.

Le coma en lui-même est plus fréquent et plus profond lorsqu'il s'agit d'une lésion organique.

La déviation de la face doit être examinée tout d'abord. Le malade présente, en effet, une flaccidité de la joue, qui est caractéristique. Celle-ci est soulevée à chaque ex-

piration et ce phénomène ne s'observe pas dans l'hystérie. Dans la névrose, la déviation peut être la même, mais la flaccidité est absente et l'air s'échappe spontanément de la commissure entr'ouverte et abaissée sans la soulever.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux a aussi une grande valeur, lorsqu'elle est constante et qu'elle se reproduit chaque fois que l'on met la tête dans la rectitude. Dans l'hystérie, on peut observer une déviation de la tête du côté des membres ou du côté opposé, mais cette déviation est indifférente et la tête ne revient pas à sa première déviation lorsqu'on l'a déplacée.

L'examen des sphincters ne donne que peu de renseignements, toutefois l'incontinence des matières serait peut-être plus fréquente en cas de lésion organique.

L'examen des réflexes a certainement de la valeur à cette période, mais moins cependant qu'à la période d'hémiplégie confirmée. L'abolition ou l'exagération est pour nous un signe d'organicité. Il en est de même de la trépidation épileptoïde, du signe de Babinski ou du signe de Marie.

Tout récemment, Milian, dans un article du *Progrès médical*, 1909, et Meunier, dans sa thèse de Paris, 1909, ont attiré l'attention sur un signe qu'ils considèrent comme pathognomonique de l'hémiplégie dans le coma, c'est l'abolition du réflexe cornéen du côté hémiplégié. Pour ces auteurs, ce symptôme aurait une valeur égale à celle de l'extension du gros orteil.

L'examen de la pupille donne un ensemble de signes qui lorsqu'ils existent ont une grande valeur, car nous le savons l'hystérie ne donne aucune modification pupil-

laire. La mydriase progressive unilatérale, le myosis, la paresse ou l'insensibilité à la lumière, sont des signes qui mettent sur la voie du diagnostic de lésion encéphalique.

L'étude de la température est aussi bien caractéristique, l'hypothermie du début 36°5 avec pâleur de la face, à laquelle succédera bientôt une ascension assez marquée, 38°5 et 40° dans les cas mortels, permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'hystérie.

La respiration peut aussi quelquefois entrer en ligne de compte. L'hystérie ne donne pas cette respiration bruyante, stertoreuse de l'hémorragie cérébrale, et quelquefois la présence de Cheyne Stokes vient dissiper toute hésitation.

L'étude du pouls, la mesure de la tension donne des renseignements utiles. Dans l'hémiplégie hystérique, ainsi que Feré l'a constaté, la tension est abaissée, dans l'hémiplégie organique le tracé du pouls peut mettre en évidence une lésion cardiaque difficile à ausculter et le sphymomanomètre enregistrer une tension inquiétante.

L'examen des urines, révélant l'albumine et le sucre peut avoir de la valeur. La ponction lombaire fournit quelquefois un élément de certitude.

Enfin, apparaît souvent à cette période un symptôme qui est la signature d'une affection des centres nerveux, nous voulons parler de l'escarre du décubitus.

PÉRIODE D'HÉMIPLÉGIE. — La transition entre cette période et la précédente est importante à noter, car très souvent elle est caractéristique.

L'hystérique se réveillera souvent brusquement et restera hémiplégique, tout en conservant ses facultés in-

tellectuelles et aucun trouble du langage. L'organique, au contraire, ne recouvre que peu à peu la sensation du monde extérieur, ne comprend que peu à peu les questions posées et il existe toujours un long intervalle de temps, entre la cessation du coma et le retour à des fonctions cérébrales de moyenne intensité. Quoi qu'il en soit nous arrivons maintenant à la période d'hémiplégie où nous allons trouver les éléments vraiment caractéristiques du diagnostic différentiel.

Troubles du langage. — L'hystérique peut être muet ou aphasique, en d'autres termes, il peut ne pas vouloir parler ou croit qu'il ne peut pas parler. Nous avons cité des observations d'aphasie hystérique totale, d'aphasie avec agraphie ou enfin de surdité verbale pure. Le diagnostic est en général facile. Chez les hystériques, on est frappé du contraste qui existe entre les manifestations de l'intelligence, qui est parfaitement conservée et la perte complète du langage, chez les aphasiques organiques au contraire tout marche de pair ; l'attention, la mémoire sont perdues, les sentiments affectifs sont troublés. Deux symptômes importants appartiennent en propre à l'aphasie organique, ce sont l'agnosie et l'apraxie. Dans les cas difficiles, où l'on peut hésiter, il suffit de laisser ce symptôme un instant de côté et l'étude du reste des phénomènes permet de trancher la difficulté.

Troubles moteurs. — MEMBRES. — Nous n'insisterons pas sur la disposition de la paralysie et nous ne ferons que signaler le fait qu'elle prédomine aux membres supérieurs lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie organique. Dans certains cas, elle peut réaliser un type

alterne et cette disposition est caractéristique d'une lésion organique. Nous avons vu qu'il faut cependant faire quelques réserves pour le syndrome de Millard-Gubler.

Le degré de la paralysie est important à noter. Babinski, en 1896, a attiré le premier l'attention sur un caractère très important de l'hémiplégie organique, c'est le relâchement des muscles. « Quand on imprime à l'avant-bras placé en supination un mouvement passif de flexion sur le bras et qu'on cherche à appliquer ainsi les deux segments du membre l'un sur l'autre aussi fortement qu'il est possible de le faire sans provoquer de douleur et en déployant de chaque côté du corps la même énergie, on constate que le degré de flexion est plus grand du côté paralysé. » Ce phénomène fait défaut dans l'hémiplégie hystérique et pour l'auteur serait un signe distinctif.

Cette hypotonie musculaire a été mise en évidence aussi par le professeur Heilbronner, d'Utrecht, qui l'a décrite sous le nom de *jambe large*. D'après lui, la cuisse du côté malade paraît aplatie et plus large que du côté sain, laquelle garde ses rondeurs et sa forme circulaire. La cuisse paralysée présente une forme ovale avec un diamètre antéro-postérieur diminué.

Pierre Marie, dans un article de la *Revue de neurologie*, de 1904, a attiré l'attention sur un phénomène qu'il a observé chez les hémiplégiques organiques récents et qu'il n'aurait jamais rencontré dans l'hémiplégie hystérique, il le dénomme la *myosisme bilatérale*. Il s'agit d'une sorte de tremblement fibrillaire ou fasciculaire agitant les muscles d'ondulations assez larges n'occupant qu'une portion du muscle, mais jamais assez fortes pour

déterminer un mouvement du segment de membre correspondant. Ces ondulations siègent dans les muscles de la région antérieure de la cuisse, dans ceux du mollet et parfois dans ceux du bord interne du pied. Elles n'atteignent pas les membres supérieurs, mais peuvent se voir dans le membre inférieur du côté sain.

La position des membres peut servir à différencier les deux variétés d'hémiplégie, c'est ainsi que Babinski a pu observer un signe qu'il considère comme constant dans l'hémiplégie organique, c'est la pronation de la main. « Dans l'hémiplégie organique avant même que la contracture se soit établie, il n'est pas rare d'observer que du côté paralysé, la main se trouve en pronation et qu'elle reprend cette position, lorsque après l'avoir portée en supination par un mouvement passif, on l'abandonne à elle-même. » Pour mettre en évidence le phénomène on place les membres de chaque côté du lit, en recommandant au malade de ne pas se raidir. On met alors les avant-bras en supination les soutenant par leur face dorsale au niveau du poignet. Si l'on imprime alors quelques secousses successives aux deux membres, on voit que dans le cas d'hémiplégie hystérique ils conservent toujours leur position du début, tandis que dans l'hémiplégie organique la main du côté paralysé se met en pronation. Nous sommes donc en possession d'un bon signe différentiel, sur lequel Strümpell a insisté lui aussi, mais qu'il recherche d'une manière un peu différente. « Si vous fléchissez l'avant-bras sur le bras, l'avant-bras se met spontanément en pronation et la main tend à se rapprocher de l'épaule par la face dorsale. Si l'on s'efforce alors de redresser la main et d'en appliquer la

paume contre l'épaule, on note d'abord une résistance manifeste puis, dès qu'on cesse, la main se place en pronation. »

Lorsque l'impotence absolue du début de l'hémiplégie organique a un peu cessé, ou dans les cas d'hémiplégie incomplète, on peut observer un phénomène qui ne se voit que dans l'hémiplégie organique, c'est l'impossibilité pour le malade de soulever les deux jambes à la fois. Ce signe a été signalé et décrit par Grasset et Gausse. Pour le rechercher, les auteurs conseillent d'opérer de la façon suivante. L'hémiplégique étant couché sur le dos, les bras croisés, les deux jambes légèrement écartées, on lui dit de soulever une jambe, il le fait, l'autre, il le fait, les deux à la fois, il ne le fait pas.

Une autre manière de chercher ce signe consiste à faire lever la jambe paralysée et pendant qu'elle est en l'air à soulever la jambe saine, on constate alors que la jambe paralysée retombe.

On observe en outre, du côté des membres, un symptôme qui n'appartient qu'aux hémiplégiques organiques. Nous voulons parler de l'hypertonie des fléchisseurs. Celle-ci peut être mise en évidence par deux signes : le signe de la main de Raimiste, le signe de Neri.

La recherche du signe de la main se pratique ainsi : On appuie le coude du malade sur une table et on relève l'avant-bras et la main jusqu'à la verticale, en soutenant la main de manière à ce qu'elle soit dans le même plan que l'avant-bras. On détourne alors l'attention du malade et on glisse doucement la main qui soutenait celle du malade sur l'avant-bras. Dans ces conditions, la main paralysée privée de son appui tombe brusquement, formant avec l'avant-bras un angle de 130 à 140°.

Le signe de Neri se recherche aux membres inférieurs. Le malade étant couché, si l'on pratique la manœuvre de Lasègue, on constate que du côté sain le membre inférieur peut être suffisamment élevé pour former avec le plan du lit un angle de 70 à 75°, tandis que du côté hémiplégie l'angle maximum est de 40 à 50°.

Le malade étant debout, les jambes écartées et les bras croisés sur la poitrine, si on lui fait fléchir le tronc sur le bassin, on observe que lorsque le tronc a atteint l'horizontale, la jambe du côté paralysé fléchit d'un certain degré, tandis que la jambe saine reste raide.

Bechterew a attiré l'attention sur un signe qu'il considère comme particulier aux paralysies organiques. « Si on fléchit passivement les avant-bras en recommandant au malade de ne pas contracter ses membres et qu'on les laisse retomber, l'avant-bras du côté sain retombe brusquement, l'avant-bras du côté hémiplégie ne retombe qu'en deux temps, après s'être arrêté ou même avoir fait un léger mouvement en sens inverse, par suite d'une brusque contraction du biceps.

Chez les hémiplégiques atteints de contracture, il est possible, dans la majorité des cas, de faire apparaître un autre phénomène qui fait défaut dans l'hémiplégie hystérique, c'est la flexion spontanée du pouce par redressement passif des autres doigts. Ce signe a été décrit par Klippel et Pierre Weil, à la Société de neurologie, en 1909. « Si l'on prend les quatre derniers doigts fléchis dans la paume par la contracture des fléchisseurs et que lentement on les étende, le pouce se place immédiatement en flexion et cela malgré une paralysie des muscles de la main. Le signe du pouce peut d'ailleurs

être provoqué par le redressement d'un seul doigt, mais il est toujours plus net lorsque le redressement porte sur les quatre doigts. »

On ne sait si ce signe a son homologue au niveau du pied, mais Klippel et Weil ont constaté dans un cas de contracture hystérique très prononcée du membre inférieur que le redressement des quatre derniers orteils provoquait non pas la flexion du premier, mais son extension. On ne peut se prononcer encore sur la valeur du signe du pouce, mais il semble bien que d'ores et déjà il est plus qu'une curiosité et qu'il peut s'ajouter à la liste déjà longue de nos symptômes différentiels.

Tous les signes que nous avons décrits permettent à la période de début de l'hémiplégie de penser à la nature organique de l'affection causale, mais le temps et l'évolution viennent apporter un élément de haute valeur, la contracture. L'hystérie, nous l'avons vu, donne d'emblée des contractures et celles-ci sont très marquées, plus même que lorsqu'elles sont organiques, mais on ne voit pas l'hémiplégie flasque hystérique céder la place à une hémiplégie avec contracture. Ceci est pathognomonique de l'organicité.

Nous ne croyons pas devoir insister sur l'attitude caractéristique des membres, nous ne ferons que mentionner les sensations que l'on éprouve, en essayant de mobiliser la main. Babinski s'exprime ainsi : « Si l'on prend dans sa main celle du malade et qu'on cherche à la porter dans l'extension, on éprouve une résistance qui donne l'impression d'un obstacle doué d'élasticité et animé d'une légère trépidation qui, chez certains, constitue la trépidation épileptoïde de la main. De plus, au fur et à

mesure que la main s'étend sur l'avant-bras, les phalanges se fléchissant les unes sur les autres et sur les métacarpiens viennent serrer la main de l'observateur. Il résulte de ces diverses perceptions une sensation d'ensemble que j'ai eue très nettement à l'examen de la plupart des malades atteints d'hémiplégie organique et que je n'ai jamais perçue dans l'hémiplégie hystérique avec contracture, et que je considère comme caractéristique. »

Outre l'allure clinique différente des contractures hystériques et organiques, Mendelssohn a pu les différencier en outre à l'aide du galvanomètre. D'après lui, dans la contracture hystérique, l'aiguille déviée par la contraction volontaire du muscle contracté revient quoique lentement, mais d'une façon continue vers zéro. La courbe se présente sous forme d'une ascension brusque suivie d'une ligne de descente très allongée. Dans la contracture de l'hémiplégie organique, l'aiguille ne retourne pas d'une façon continue vers zéro, elle s'arrête en route deux ou trois fois, et au moment d'un de ses arrêts, le plus souvent pendant le premier, on observe un petit recul de l'aiguille, indiquant pour ainsi dire un nouvel accroissement du courant d'action, malgré que le bras n'ait exécuté aucun mouvement.

A cette période de contracture, se rattachent divers phénomènes qui sont caractéristiques d'une lésion organique, ce sont l'hémichorée, l'hémiathétose, l'hémiataxie et l'hémitremblement. Ces phénomènes, quoique inconstants ont une grande valeur lorsqu'ils apparaissent.

Lorsque le malade peut se lever et marcher on observe du côté de la démarche des signes caractéristiques de l'hémiplégie organique. La démarche héliocopode est

assez classique pour nous dispenser de la décrire longuement. Le malade porte le tronc du côté opposé à la paralysie et fait décrire au membre paralysé un mouvement de circumduction « il fauche ». Rien de pareil dans l'hystérie où, nous l'avons vu, un des caractères dominants est la paradoxalité.

Marinesco a approfondi à l'aide du cinématographe l'étude de cette démarche et a ajouté d'autres caractères : ce sont l'élévation du bassin, la production d'une scoliose à convexité du côté sain et la production d'un pli latéral lombaire du côté correspondant à l'hémiplégie.

La démarche des hémiplégiques organiques peut être enfin troublée lorsqu'on fait marcher le malade de flanc, et c'est à Schüller, de Vienne, que revient le mérite d'avoir signalé ce désordre. D'après lui, le malade paralysé du côté droit marche à droite comme tout le monde ; à gauche, au contraire, la marche de flanc est empêchée parce que le malade glisse sur le sol avec la jambe paralysée pendant l'adduction. On voit ou on entend ce glissement de la jambe paralysée dans des hémiplégies très peu marquées, dans lesquelles le trouble de la fonction de la jambe n'est pas constatable autrement. Rien de pareil dans l'hémiplégie hystérique où le malade traîne sa jambe paralysée dans un sens comme dans l'autre.

Campbell et Crouzon ont confirmé le phénomène et lui attribuent une réelle valeur pour différencier les deux hémiplégies.

FACE. — Ils sont constants dans l'hémiplégie organique, ils atteignent à la fois le facial supérieur et le facial inférieur. Nous avons vu que l'hystérie pouvait les repro-

duire, mais il persiste néanmoins quelques caractères différentiels qui sont les suivants.

Le plus important est la flaccidité. Tandis que dans l'hystérie on a toujours, même dans les paralysies flasques, une sensation de tonus dans les muscles atteints, dans l'hémiplégie organique cette sensation est toujours absente et la joue pend molle et flasque soulevée par le moindre courant d'air expiratoire.

La paralysie faciale est unilatérale dans l'hémiplégie organique, chez l'hystérique, nous l'avons vu, elle est souvent bilatérale ou associée à des phénomènes spasmodiques du côté opposé. Chez l'organique, nous ne retrouvons pas ce caractère de systématisation sur lequel nous avons insisté et il y a toujours parallélisme entre les divers troubles de la motilité. Signalons enfin que le facial supérieur est atteint presque exclusivement dans les lésions organiques et que l'effacement des rides du front ne s'observe jamais dans l'hystérie.

Mac Carthy a signalé comme constant dans la paralysie faciale organique l'exagération du réflexe sus-orbitaire. « Si on percute avec un marteau le nerf sus-orbitaire on provoque une contraction dans l'orbiculaire des paupières, qui semble se rassembler vers l'angle interne de l'œil. » Ce réflexe est absent dans l'hystérie.

A l'étude des troubles moteurs du côté de la face se rattache celle des troubles oculaires et des troubles laryngés.

L'état des nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique a été étudié par Mirallié et Desclaux et par Wilson, d'Edimbourg. Les résultats de leurs expériences sont les suivants. Dans l'hémiplégie organique il y a quelquefois

une différence nettement marquée entre la puissance des deux côtés, mais le plus souvent on trouve des deux côtés une diminution très évidente de cette puissance. Dans l'hémiplégie hystérique la différence entre les muscles homologues du côté sain et du côté paralysé est très prononcée.

Les troubles moteurs laryngés nous arrêteront peu. Nous avons vu que l'hystérie était incapable de modifier la position des cordes et chaque fois que l'examen laryngoscopique montrera un trouble de la motilité co-existant avec une hémiplégie, la nature organique de celle-ci sera vraisemblable.

Nous terminerons cette différenciation des troubles moteurs en signalant un nouveau signe, celui du peaucier. Le malade étant couché sur le dos, on maintient avec une main sur le front la tête du malade fortement appuyée sur l'oreiller, et l'on commande au malade de relever la tête. Du côté sain, on voit alors les fibres du peaucier se dessiner en relief sous la peau, du côté paralysé, le peaucier ne se contracte pas. On peut aussi rechercher ce signe en faisant ouvrir la bouche du malade aussi largement que possible. Ce signe a été décrit par Babinski. L'auteur ne l'a pas rencontré dans l'hémiplégie hystérique, mais il ne le considère cependant pas comme pathognomonique, car il est possible de faire contracter volontairement le peaucier du cou d'un seul côté et l'hystérique pourrait alors le simuler. Pour qu'il ait de la valeur il faut qu'il existe très nettement du côté sain dans un cas d'hémiplégie.

Signalons enfin que la motilité de la langue est toujours intéressée dans l'hémiplégie organique. La langue

est déviée du côté de l'hémiplégie, mais cette déviation est légère et n'atteint jamais le degré extrême que nous avons vu si caractéristique dans l'hémiplégie hystérique. De plus, la moitié paralysée contraste par sa flaccidité avec la sensation de résistance que l'on éprouve en pressant la langue déviée par un spasme d'ordre névrotique.

Mouvements associés. — A l'étude des troubles moteurs créés par l'hémiplégie organique se rattache tout un ensemble de mouvements qui s'observent lors des mouvements volontaires ou provoqués et que l'on appelle pour cette raison mouvements associés. Ils sont spéciaux à l'hémiplégie organique et leur étude va nous fournir des éléments différentiels importants.

Les plus anciens en date sont ceux de l'extension de la jambe et de la flexion de la cuisse, décrits par Babinski en 1897. Voici comment il convient de les rechercher. Pour le premier, le malade est assis sur un siège élevé, les jambes pendantes. Si on lui fait serrer les mains avec force, la jambe du côté paralysé exécute un mouvement d'extension sur la cuisse, tandis que l'autre reste immobile.

Pour le second, le malade est étendu horizontalement, les bras croisés sur la poitrine. S'il fait un effort pour se mettre sur son séant, la cuisse du côté paralysé exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que du côté opposé le membre est immobile.

Strümpell, Marie et Crouzon ont décrit, sous le nom de phénomène du jambier antérieur, une autre variété de mouvement associé. Si l'on commande à un hémiplé-

gique banal placé dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs étendus, de fléchir la jambe sur la cuisse du côté hémiplégié, on voit se produire en même temps du même côté un mouvement associé consistant dans l'élévation du bord interne du pied et la rotation en dedans de la plante du pied. Ce mouvement est dû à une contraction du jambier antérieur, dont on voit quelquefois le tendon saillir sous la peau au même moment.

Souques, en 1907, a observé aussi des mouvements associés des doigts lors de l'élévation du bras. Il les décrit sous le nom de phénomène des interosseux. Pour le mettre en évidence, il suffit de commander au malade de lever le bras paralysé ; on voit alors en même temps que s'exécute le mouvement commandé, les doigts de la main paralysée s'étendre et s'écarter involontairement. Ils reprennent leur attitude primitive dès que le malade laisse retomber le bras. Babinski a observé et contrôlé le phénomène des interosseux, et lui attribue une grande valeur. Il a constaté en outre que cette abduction des doigts se produit aussi simplement, lorsque l'hémiplegique organique étend les doigts et qu'elle peut exister même à l'état de repos. Il a décrit aussi une abduction associée des orteils qui se voit lors des mouvements de flexion et d'extension du tronc sur le bassin.

Chez l'homme sain il se produit, lorsque le sujet est couché et qu'on lui demande de lever la jambe, un mouvement associé de la jambe opposée qui a pour effet d'augmenter la stabilisation du bassin et qui creuse un sillon plus ou moins profond dans le matelas. C'est là le phénomène de l'opposition complémentaire. Hoover l'a étudié le premier chez les hémiplegiques et a constaté que

chez les organiques le phénomène ne manquerait jamais du côté sain, tandis que chez les hystériques il ne se produirait pas. Lhermitte l'a étudié chez 14 hémiplegiques et confirme les résultats de Hoover.

L'étude de ces mouvements associés a été complétée encore par Raimiste en 1911, qui a fait les constatations cliniques suivantes :

1° Si l'on soulève la jambe parésinée, le genou étant en extension, et si on ordonne au malade de soulever la jambe saine en même temps qu'on s'oppose à ce mouvement, on voit la jambe paralysée s'abaisser.

2° Si l'on soulève la jambe saine et que l'on invite le malade à l'abaisser en même temps qu'on s'y oppose, on voit la jambe parésinée s'élever et se mettre en adduction.

3° Si l'on place les jambes en rotation externe et que l'on ordonne au malade de tourner la jambe saine en dedans, en même temps qu'on s'y oppose, on voit la jambe parésinée se mettre en adduction et exécuter un mouvement de rotation interne.

Comme on le voit, l'étude de ces mouvements associés a fait faire un grand pas au diagnostic différentiel de l'hémiplegie. Quoiqu'ils ne soient pas constants, leur grand nombre permet néanmoins d'en trouver un en l'absence des autres et quel qu'il soit, sa valeur est grande puisqu'ils sont absents dans l'hémiplegie hystérique.

L'étude des réflexes vient enfin apporter des symptômes de certitude.

Des réflexes. — Dans la période de début de l'hémiplegie organique, les réflexes tendineux du côté paralysé peuvent être, suivant les cas, normaux, exagérés ou affaiblis. Cette période dure de trois à quatre semaines, et

à part une exagération manifeste ou une abolition complète qui ne se rencontrent jamais dans l'hystérie, leur étude n'est pas d'un grand secours. Il n'en est pas de même au bout de la quatrième ou cinquième semaine, car apparaît avec l'évolution de l'hémiplégie flasque vers la contracture, un trouble des réflexes qui est constant et qui appartient seulement aux lésions du faisceau pyramidal, nous voulons parler de l'exagération des réflexes. Toute hémiplégie qui présente de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde, du clonus de la rotule, est une hémiplégie organique. Si les troubles moteurs sont peu marqués, s'ils rétrocedent sous des influences suggestives, la présence d'une réflexivité exagérée et d'un clownisme vrai permet de conclure à une association hystéro-organique.

Nous avons suffisamment insisté sur les faux réflexes et les réflexes illégitimes, sur la fausse trépidation et sur l'épilepsie spinale fruste pour ne pas discuter ici plus longuement.

L'étude des réflexes cutanés est moins importante. Le réflexe cutané abdominal est d'ordinaire aboli dans l'hémiplégie organique et non dans l'hystérie. Rosenbach a signalé le premier son abolition, qui fut confirmée dans la suite par Babinski, mais néanmoins c'est un indice incertain de lésion organique.

Le réflexe crémastérien a peut-être plus de valeur, il est très souvent aboli du côté paralysé et conservé du côté sain. Les mouvements consécutifs à l'excitation de la plante du pied ont de nombreuses ressemblances dans les deux hémiplégies, si l'on se contente de noter leur intensité, il n'en est pas de même si l'on prend en considération la forme du mouvement.

C'est à Babinski que revient le grand mérite d'avoir montré que chez les sujets sains l'excitation de la plante du pied détermine la flexion des orteils et jamais d'extension, tandis que lorsqu'il y a une perturbation dans le système pyramidal, l'excitation de la plante donne généralement lieu à de l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. C'est là le phénomène des orteils dont la valeur séméiologique est admise par tous. Ce signe n'a jamais été rencontré dans l'hémiplégie hystérique et quoique inconstant, lorsqu'il existe c'est un signe de certitude.

Sa valeur séméiologique est surtout grande dans les cas où les réflexes tendineux ne sont que peu ou pas modifiés. C'est ainsi qu'à la première période de l'hémiplégie, lorsqu'il existe peu de modification des réflexes, l'existence du phénomène des orteils permet d'affirmer que la paralysie est organique.

Outre l'extension du gros orteil, l'excitation de la plante peut déterminer l'abduction des orteils. Ce phénomène peut être ébauché chez un sujet normal, mais pour Babinski, chez un malade atteint de lésion pyramidale, il est parfois très marqué. Lorsque les orteils s'écartent manifestement en éventail, on peut conclure à une paralysie organique.

Le signe de l'extension des orteils est trop connu en clinique pour que nous indiquions la manière de le rechercher. Nous mentionnerons seulement qu'il a pu être obtenu par divers auteurs, à la suite de manœuvres différentes de celle de Babinski. Si l'on appuie fortement sur les muscles de la région antéro-externe de la jambe à un travers de doigt environ en dehors de la crête tibiale

et tout en maintenant la pression si on descend peu à peu le doigt parallèlement à la crête tibiale, on voit alors le gros orteil se redresser, c'est le signe d'Oppenheim.

Si l'on pince fortement et profondément le tendon d'Achille au-dessus de son insertion sur le calcanéum, en arrière des malléoles, on obtient l'extension du gros orteil, c'est le signe de Schäffer. Enfin, pour Gordon, si l'on comprime avec les deux mains les muscles des mollets, on obtient l'extension du gros orteil. Ces signes récents méritent seulement pour le moment d'être cités, les observations futures permettront seules d'apprécier leur valeur.

Mendel et Bechterew ont constaté qu'à l'état normal la percussion du dos du pied dans sa moitié proximale, amènerait une extension des orteils de 2° au 5°, à l'état pathologique il se produirait dans les mêmes conditions une flexion des mêmes orteils.

Pour Marinesco, l'excitation du bord interne du pied donne dans le cas d'hémiplégie organique un mouvement d'adduction avec rotation interne.

Comme on le voit, de nombreux auteurs se sont occupés de trouver dans la forme du réflexe plantaire une preuve de l'organicité des lésions et quoique tous les signes donnés soient inconstants, leur absence dans l'hémiplégie hystérique encourage le clinicien à les rechercher désormais.

Pierre Marie et Foix ont observé dans les hémiplégies organiques un signe sur lequel il convient d'insister. Il consiste dans le retrait réflexe du membre inférieur provoqué par la flexion des orteils.

Pour le rechercher, il faut prendre à pleine main l'en-

semble des orteils et les porter progressivement en flexion forcée sur le métatarse. On doit éviter de porter en même temps l'ensemble du pied en-hyperextension, manœuvre douloureuse, provoquant des mouvements de défense. Dans ces conditions, on obtient un retrait du membre inférieur, qui comprend la flexion de la cuisse sur le bassin, la flexion de la jambe sur la cuisse, la flexion du pied sur la jambe avec adduction et rotation interne du pied par contraction du muscle jambier antérieur, que l'on voit se dessiner comme une corde au niveau du cou-de-pied. Ce mouvement de retrait peut être obtenu par la pression transversale du pied, mais ce procédé est moins sensible.

Pour les auteurs, ce phénomène serait un signe précoce d'hémiplégie organique apparaissant après l'ictus. Nous avons eu l'occasion de rechercher ce signe, il nous a paru facile à mettre en évidence, et nous lui attribuons une grande valeur.

Dans un récent travail, Henri Claude a groupé, sous le nom de phénomènes d'hyperkinésie réflexe une série de signes observés chez des hémiplégiques. Ceux-ci débutèrent pendant le coma, puis persistèrent.

Au membre inférieur, le pincement, la piqure des téguments, le pincement en masse des muscles de la cuisse, produisent la flexion de la cuisse. Le pincement des téguments ou des muscles du mollet produit l'extension ou la flexion brusque du pied. Au membre supérieur les mêmes manœuvres déterminent la flexion et la pronation. De plus, si l'on place le membre en résolution sur un lit et qu'on le porte en supination forcée, on détermine immédiatement une contraction brusque des muscles du bras et l'avant-bras se fléchit et se met en pronation.

Troubles sensitivo-sensoriels. — L'évolution des idées sur les troubles sensitifs de l'hystérie nous permettra d'être bref sur leur différenciation. Nous avons vu que l'hystérique vierge de tout examen ne présentait pas d'hémi-anesthésie. Si donc, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires pour la recherche de la sensibilité, on constate chez un hémiplégique un défaut de perception du contact, de la piqure, on est en droit de penser que cette hémiplégie est organique. Lorsque l'hémiplégie hystérique a été examinée et qu'elle s'accompagne d'hémi-anesthésie, peut-on différencier les troubles sensitifs observés de ceux que présentent l'hémiplégie organique. C'est quelquefois facile par l'examen. En faisant dire oui et non à l'hystérique, il dit souvent non lorsqu'on le touche du côté hémiplégié. L'évolution peut renseigner. L'hémi-anesthésie organique a pour caractère de passer rapidement, l'hémi-anesthésie permanente ne se voit que dans 1 ou 2 p. 100 des cas. Donc, des troubles persistants de la sensibilité doivent faire penser à de l'hystérie. L'intensité des troubles doit aussi donner l'éveil, car l'hémiplégie organique donne le plus souvent de l'hypoesthésie.

Le retard des sensations, la perte du sens musculaire, l'abolition du sens stéréognostique, plaident en faveur d'une hémiplégie organique. L'hémi-anesthésie organique atteint surtout les extrémités des membres et ne s'arrête pas exactement à la ligne médiane du corps, enfin, elle est fixe et n'est pas à la merci comme les troubles sensitifs hystériques, de l'électricité, de l'aimant ou de la suggestion.

Les troubles sensoriels sont rares dans l'hémiplégie or-

ganique. On observe seulement, et d'une façon inconstante d'ailleurs, un signe qui est pathognomonique d'une lésion cérébrale, c'est l'hémianopsie latérale homonyme.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — Ces troubles appartiennent en propre à l'hémiplégie organique. Du côté des membres paralysés le malade accuse le plus souvent une sensation de froid et très souvent existe de la cyanose ou de l'œdème des extrémités.

Laignel-Lavastine a étudié l'activité locale de la circulation cutanée dans l'hémiplégie organique. L'étude de cette circulation cutanée peut être ramenée à trois phénomènes : la tache blanche, le pouls capillaire et la tension. Les résultats diffèrent suivant l'âge de l'hémiplégie. Au lendemain de l'ictus, on trouve du côté malade une tache blanche plus courte et un pouls capillaire plus ample que du côté sain. Chez les hémiplégiques spasmodiques observés de six mois à douze ans après l'ictus on trouve du côté paralysé la tache blanche plus longue, la tension artérielle plus basse, le pouls capillaire à oscillations plus petites ou nulles.

Les troubles trophiques sont fréquents dans l'hémiplégie organique et ont une valeur de premier ordre. Au début, dans le coma, l'escarre fessière a une valeur diagnostique et pronostique considérable, plus tard l'atrophie des muscles, l'atrophie du squelette, les artropathies sont autant de phénomènes révélateurs d'une lésion organique. L'œdème, l'adipose du tissu sous-cutané, la main succulente, la chute des ongles et des poils, permettent d'affirmer la nature organique de la cause qui les a produites.

Troubles psychiques. — L'hémiplégique organique peut être exempt de tout trouble mental, mais le fait est rare et c'est là un contraste bien frappant avec ce que l'on observe chez l'hystérique. Les troubles de la mémoire sont les plus fréquents et présentent cette particularité de porter sur les faits récents et sur les dates. Après eux, viennent les troubles de l'attention et de la perception, il suffit de voir, en effet, combien est difficile souvent l'examen d'un hémiplégique organique. Le caractère est très souvent modifié, l'organique est non seulement grognon, mais parfois hargneux et méchant.

Tous ces troubles frappent les malades à des degrés différents et varient depuis la paresse intellectuelle jusqu'à la démence la plus absolue qui se complète d'ordinaire par l'apparition du gâtisme.

Une autre manifestation morbide bien singulière qui se voit assez souvent est le rire et pleurer spasmodique. Ce phénomène, qui a été bien étudié par Brissaud, est trop connu pour que nous insistions, nous nous bornerons à signaler sa grande valeur séméiologique.

De cet ensemble de signes différentiels, il semblerait que cliniquement le diagnostic d'une hémiplégie soit facile. Il n'en est rien, car tous les signes que nous avons envisagés sont inconstants et s'il existe des cas bien tranchés on voit souvent le cas difficile où les symptômes sont atténués, où il existe des phénomènes contradictoires. En outre, on voit souvent associés à des phénomènes organiques frustes des symptômes qui souvent passent au premier plan dans le tableau clinique et peuvent masquer la lésion. Dans tous ces cas le diagnostic se fera en tenant compte de symptômes qui dépisteront toujours

la névrose. Ce sont l'exagération des réflexes, le phénomène du pied, l'extension du gros orteil, le signe de Marie. L'exagération unilatérale des réflexes suffit à elle seule pour affirmer le diagnostic de lésion organique.

Nous avons rassemblé quelques observations d'association hystéro-organique, pour montrer que si, dans quelques cas, le diagnostic est facile (obs. XX), dans d'autres, au contraire, il est très délicat et seuls les signes que nous avons énumérés plus haut permettent de le trancher.

OBSERVATION XX

(CROUZON. — *Rev. de neurologie*, 1902.)

Malade présentant des signes de tabes incontestables, signe de Westphall, Romberg, incontinence d'urine, douleurs fulgurantes, crises gastriques, maux perforants, fracture spontanée du fémur, signes évoluant depuis huit ans.

Depuis six mois, hémiplégie gauche avec hémispasme glosso-labié avec hémianesthésie. Pas d'extension des orteils, de flexion combinée de la cuisse et du bassin, pas de signe du peaucier.

OBSERVATION XXI

(LAMY. — *Revue de neurologie*, 1903.)

Comptable de 66 ans, devenu hémiplegique à la suite d'une chute de la hauteur d'une table sans traumatisme grave. Depuis deux ans, il présente une hémiplegie droite, flasque, sans trouble de la parole, sans participation de la face, avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Les réflexes sont exagérés, mais ce qu'il y a de particulier chez lui, c'est que les contractions musculaires sont obtenues avec autant d'intensité en frappant en dehors du tendon, sur les os, sur les muscles.

Pas de clonus du pied.

Signe des orteils en extension. Flexion exagérée de l'avant-bras.

OBSERVATION XXII

(Léopold LEVI. — *Rev. neur.*, 1900.)

Femme de 46 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels. Il y a onze ans, à la suite d'une émotion, elle fit une hémiplegie droite sans ictus. Depuis, cette hémiplegie à tour à tour disparu et reparu.

A son entrée, on constate une parésie du membre supérieur droit avec exagération des réflexes tendineux. De même au membre inférieur, où les réflexes sont très exagérés, et où la percussion d'un point quelconque de la jambe provoque la contraction du triceps.

Clonus du pied. Pas de Babinski.

Légère parésie faciale.

Zones hystérogènes dans les fosses iliaques et au-dessous des seins.

Réflexe cornéen aboli. Micromégalopsie.

La malade est soumise à l'aimant, la force revient au membre supérieur droit, les phénomènes d'exagération des réflexes et d'hypoesthésie disparaissent. Au membre inférieur, la motilité revient, mais la trépidation épileptoïde persiste.

L'évolution ultérieure de cette malade a montré à l'auteur qu'il ne s'agissait pas d'une hémiplegie hystérique banale, avec trépidation épileptoïde de même nature, mais qu'il y avait dans ce cas une association hystéro-organique que la réflectivité exagérée et le vrai clonus permettaient seuls de dépister.

OBSERVATION XXIII

(MIRALLIÉ. — *Rev. neur.*, 1901.)

X., 42 ans, très nerveuse, se réveille avec une hémiplegie gauche atteignant aussi la face. Les membres sont en exten-

sion, légèrement contracturés, la motilité volontaire est nulle. Hémianesthésie gauche absolue s'arrêtant sur la ligne médiane. Rétrécissement double du champ visuel surtout à gauche.

Réflexes exagérés. Babinski à gauche.

Signe de Schæffer positif.

La maladie a évolué nettement comme une hémiplegie organique.

OBSERVATION XXIV

(Gilbert BALLEZ. — *Rev. neur.*, 1903.)

Homme, 46 ans, entre à l'hôpital pour de la céphalée en casque assez vive. Pas de signe de lésion cérébrale. Liquide céphalo-rachidien normal.

Réflexes forts des deux côtés. Clonus du pied de durée indéfinie et qui n'a duré que trois jours.

L'auteur présentait ce malade comme un bel exemple de clonus fonctionnel chez un neurasthénique; mais, trois ans après, le malade est mort d'une tumeur cérébrale.

Nous rapportons maintenant les observations d'hémiplégie hystérique qui nous ont paru les plus concluantes et nous regrettons que leur nombre en soit restreint.

OBSERVATION XXV

(GUYOT. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 1886.)

Enfant de 4 ans. Au moment où une parente entre dans l'appartement avec un chien, l'enfant s'affaisse, ne pouvant plus remuer le côté droit et ne pouvant plus parler.

Quatre heures après, elle est vue par son médecin qui constate une hémiplégie complète du côté droit, avec analgésie et anesthésie absolue avec aphasie, sans troubles pupillaires.

Deux heures après, l'hémiplégie avait disparu. Elle reparaît le surlendemain et dure vingt-quatre heures.

Pas de troubles des réflexes.

Pas de vers intestinaux.

Etat général excellent, sans température. Guérison complète.

OBSERVATION XXVI

(Ch. FÉRÉ. — *Revue de médecine*, 1897, p. 463.)

M. V., 24 ans. Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A 11 ans, elle entre en apprentissage chez une couturière. Un jour, elle fut prise, en travaillant, d'une crampe dans la main droite. A partir de ce moment, dès qu'elle prenait une aiguille, ses doigts se crispaient sur l'objet.

Un dimanche, en descendant de chemin de fer, elle fut exposée à un coup de vent qui lui donna tout d'un coup une sensation d'engourdissement dans tout le côté droit, en même temps qu'une douleur dans la tête. La douleur de tête dura peu ; à mesure qu'elle s'atténuait, la malade sentait son bras droit devenir plus lourd. Très rapidement, il

tomba tout à fait flasque, le membre inférieur s'affaiblissait aussi, et quand elle arriva chez elle, elle se laissa tomber sur une chaise. On eut de la peine à la réchauffer, tout son corps paraissait glacé, malgré le contact d'une demi-douzaine de bouteilles d'eau chaude.

A l'examen, elle ne peut marcher qu'en étant soutenue des deux côtés et elle traîne le pied d'une façon caractéristique. Le bras est beaucoup plus paralysé. La face est nettement paralysée du côté droit; la commissure labiale est légèrement tirée à gauche et en haut. La langue peut se mouvoir dans tous les sens, mais en explorant sa résistance à la pression on voit qu'elle est diminuée d'un tiers du côté droit. Pas de trouble de la parole. Réflexes normaux.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit. Rétrécissement du champ visuel.

Deux mois après, l'hémiplégie qui ne s'améliorait que lentement par le massage et l'électricité, guérit à la suite d'un voyage.

OBSERVATION XXVII

(GRASSET. — *Archives générales de médecine*, 1903, p. 49.)

Manœuvre de 35 ans, sans antécédents héréditaires. Personnellement, intoxication par CO avec perte de connaissance, mais sans crise ni complication.

Etant occupé à charger sur une charrette des barriques vides, l'une d'elle s'échappe, glisse sur sa tête et le long de la partie gauche de son corps. Contusion simple sans autre accident immédiat.

Deux jours après, il crache du sang et il continue pendant huit jours. Il entre à l'hôpital dix-sept jours après l'accident. Pendant l'examen et sous les yeux du médecin, il se sent et il est paralysée du côté gauche. Cette paralysie est complète d'emblée et s'accompagne d'hémianesthésie.

La marche est difficile, il traîne la jambe gauche sur laquelle il peut cependant un peu s'appuyer. Dans le lit, il

meut très difficilement le membre inférieur gauche et ce n'est qu'au prix de grands efforts qu'il parvient à le soulever légèrement.

Le bras gauche peut à peine esquisser quelques mouvements. Il marque 0 au dynamomètre avec la main gauche.

La face est asymétrique. Il siffle difficilement, rit et grimace mieux du côté droit, ne laisse pas échapper les aliments ou les liquides par la commissure labiale gauche. L'orbiculaire gauche résiste moins bien que le droit. Pas de déviation de la langue.

Tremblement vibratoire intermittent de la langue et des membres.

Hémianesthésie gauche à tous les modes.

Anesthésie conjonctivale avec abolition du réflexe palpébral. Anesthésie pharyngée.

Rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche.

Goût aboli à gauche. Hypoacousie à gauche. Perte du sens musculaire.

Réflexe crémastérien exagéré à gauche.

Réflexe rotulien exagéré des deux côtés.

Ce malade a été brusquement guéri du jour au lendemain à la suite de l'application d'une pointe de feu pendant son sommeil et sur sa main gauche. Il fut alors réveillé brusquement et, deux heures après, avait retrouvé l'usage de ses membres.

OBSERVATION XXVIII

(LYONNET et BONNE. — *Lyon Médical*, 1897, p. 287.)

L. C., 20 ans, domestique. Père mort bacillaire. Mère bien portante. Six frères bien portants.

Pas de crises nerveuses, mais caractère émotif. Il y a huit mois, violents chagrins à la suite desquels elle sentit sa force faiblir dans le bras et la jambe du côté gauche et laissait tomber ce qu'elle tenait à la main. Un mois après, elle

perd connaissance brusquement et reste cinq minutes dans cet état. Elle n'a pas crié et n'a pas eu de convulsions. A son réveil, hémiplégie gauche. Celle-ci a guéri au bout de trois semaines. Trois mois après, nouvelle hémiplégie gauche pour laquelle elle entre à l'hôpital.

A l'entrée, rien du côté de la face, ni des yeux. Pas de tremblement, pas de contracture.

Paralysie du membre supérieur gauche.

Au membre inférieur, la paralysie est plus marquée. La démarche est fortement modifiée, la malade traîne son membre inférieur gauche comme un poids inerte, la pointe du pied quittant à peine le sol.

Anesthésie conjonctivale, abolition du réflexe pharyngien. Hypoesthésie du membre supérieur gauche, anesthésie du membre inférieur s'arrêtant à la région inguinale. Pas de troubles de sensibilité de la face, de la poitrine et de l'abdomen.

Réflexes brusques du côté gauche.

Réflexe abdominal diminué à gauche, réflexe plantaire aboli.

Pas de troubles sensoriels.

Atrophie du côté gauche, sans contractions fibrillaires, ni réaction de dégénérescence.

Rien aux viscères.

OBSERVATION XXIX

(ACHARD. — Société Médic. hôp. Paris, 1901, p. 1223.)

Dub. Laurent, 61 ans. Père mort apoplectique; mère morte de diabète. Un frère mort de tumeur blanche; un autre de caractère nerveux.

Fièvre typhoïde. Rhumatisme. Caractère impressionnable. Le 13 juillet, étant dans un état de misère extrême, il est pris brusquement de coliques et de diarrhée violentes. Il est transporté à Saint-Louis d'où on l'envoie, quelques jours après, en convalescence à Vincennes.

A sa sortie de l'asile, il retombe dans la misère, erre pendant deux jours sous la pluie et entre à l'hôpital Tenon avec de l'anasarque, de l'œdème de la face, de la céphalée et de l'albuminurie. Il présentait à ce moment de l'engourdissement et de la parésie du côté droit et du tremblement.

Un an après, attaque convulsive précédée de sensation d'éblouissement. Il perd connaissance, se débat beaucoup, exécutant de grands mouvements, il ne se mord pas la langue et n'urine pas sous lui. L'attaque cesse au bout de trois quarts d'heure, laissant après elle une forte courbature. Quelque temps avant l'attaque, le malade ressentait des douleurs dans le côté droit du corps et de l'affaiblissement. Cette parésie s'accompagne d'un peu d'hypoesthésie.

Depuis cette époque, le malade est sujet à des attaques semblables, revenant irrégulièrement, précédées de la même sensation d'éblouissement. Les influences psychiques ont une action manifeste sur ces crises qui surviennent souvent à l'occasion d'une contrariété.

Un an après, à la suite d'une crise, il tombe dans un état de demi-coma pendant quarante-huit heures, avec résolution musculaire et anesthésie. Après cette attaque, il conserve, précédemment, un peu de parésie du côté droit.

Actuellement, parésie du côté droit, sans contracture. La face n'est pas déviée; la démarche est claudicante; le pied traîne sur le sol sans faucher. Il existe un tremblement généralisé, prédominant aux membres inférieurs, peu intense, peu rapide, qui se manifeste sous l'influence de l'émotion.

Le réflexe rotulien est augmenté à droite et le réflexe plantaire diminué de ce côté. Hyperesthésie du côté droit. Anesthésie pharyngée, conjonctivale. Rétrécissement du champ visuel. Zones hyperesthésiques dans les flancs et dans les régions mammaires.

OBSERVATION XXX

(MILLARD. — Société Médicale des hôp. de Paris, 1885.)

Pierre G., 35 ans, serrurier, entre à l'hôpital pour une hémiplegie.

Trois semaines après une insolation, parésie du membre inférieur gauche au réveil. Il va à son travail, se sent fatigué, perd connaissance et se réveille hémiplegique gauche.

Cette hémiplegie s'est progressivement améliorée pendant trois mois et il peut reprendre son travail.

Deux mois après, nouvelle hémiplegie gauche sans ictus.

Pas de spécificité.

Pas d'éthylisme.

Deux enfants bien portants.

A l'entrée : hémiplegie gauche, absolue au membre supérieur, incomplète au membre inférieur. Parésie faciale à gauche.

Hémianesthésie incomplète du côté gauche ; le malade perçoit le contact et non la douleur.

Réflexes normaux.

Pas de troubles visuels. Léger trouble du goût et de l'odorat. Guérison deux mois après.

OBSERVATION XXXI

(Pierre MARIE. — Soc. Méd. des hôpitaux, 1902, p. 342.)

Vieillard de 79 ans. Officier de fortune, a fait toutes les campagnes du second Empire. Pas d'éthylisme ; pas de spécificité.

A 73 ans, il a été pris sans raison d'une paraplégie sans participation des sphincters avec anesthésie, et qui a guéri en quatre mois.

Le 26 janvier dernier, il fut pris brusquement d'un ictus dans la rue et perdit connaissance. A son réveil, hémiplegie gauche et embarras de la parole. Le mouvement revint assez

rapidement, mais incomplètement dans les membres paralyés.

A l'entrée, hémiplégie gauche incomplète, plus marquée au niveau du membre inférieur et rendant la marche impossible sans le secours d'une canne. La langue n'est pas déviée et le facial inférieur n'est pas intéressé.

Réflexes normaux. Pas de clonus. Pas de Babinski. Hémianesthésie gauche très marquée pour tous les modes de sensibilité. Les sens participent à l'anesthésie, le champ visuel est rétréci, l'ouïe affaibli, l'odorat et le goût abolis du côté gauche.

La nature hystérique de cette hémiplégie paraît évidente. L'absence de tout signe de contracture, trois mois après l'attaque, jointe à l'existence d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, dispense de toute discussion.

OBSERVATION XXXII

(Paul Savy. — *La Clinique*, 1910.)

Homme de 65 ans, entre à l'hôpital pour une hémiplégie gauche, avec perte totale de la parole. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique, d'après les renseignements fournis par sa femme, dont il a eu dix enfants. En revanche, il est très nerveux ; il aurait même, il y a quelques années, pris une sorte de crise, un mois après la mort de sa fille, jour pour jour ; il serait tombé à terre en appelant la morte, en gesticulant et en tournant les yeux. Cette crise ne dura que quelques heures et ne s'est jamais renouvelée.

Depuis quinze ans, c'est la septième hémiplégie qu'il présente : toutes surviennent de la même façon ; après une chute brusque, suivie d'une perte totale de connaissance, sans mouvements désordonnés, le malade revient à lui au bout de quelques heures et se trouve alors paralysé du côté gauche et aphasique.

Ces troubles paralytiques persistent, suivant les attaques, pendant quinze jours, deux mois, six mois, un an, puis les

forces reviennent insensiblement, l'aphasie fait place à un bégaiement auquel succède rapidement la parole normale.

Jamais l'hémiplégie n'a siégé à droite, pas une seule attaque ne s'est accompagnée d'hémiplégie sans aphasie ; mais, en revanche, après la première qui remonte à quinze ans, il y aurait eu perte de la parole, sans hémiplégie, et ce symptôme aurait persisté deux ans.

L'avant-dernière attaque remonte à quatre ans ; l'aphasie et l'hémiplégie durèrent quinze jours seulement.

La dernière remonte à deux semaines ; brusquement, le malade tomba, perdit connaissance et se réveilla privé de l'usage de la parole et de ses membres gauches. Il rentre à l'hôpital et l'on constate une hémiplégie gauche ; les membres de ce côté sont flasques (il n'y a jamais eu de contractions). Le membre inférieur gauche, soulevé, retombe inerte. Le membre supérieur paraît moins atteint et esquisse parfois quelques mouvements spontanés ou associés à ceux du membre sain ; mais, néanmoins, l'impotence est complète.

La face n'est pas paralysée. La langue n'est pas trop déviée, mais le malade ne peut la projeter en dehors de la bouche.

Il y a une hémianesthésie totale de toute la moitié gauche du corps : membres, face et tronc. La recherche de l'hémianesthésie sensorielle est difficile, car le malade ne peut répondre aux questions. Il paraît cependant légèrement sourd de l'oreille gauche et son champ visuel semble rétréci.

Les réflexes tendineux sont très exagérés aux quatre membres, mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde. Le réflexe pharyngé est aboli. La recherche du signe de Babinski ne donne pas de résultats nets en raison de l'indocilité du malade ; le réflexe plantaire a paru néanmoins se faire en flexion.

Il n'y a pas de troubles trophiques, pas de zones hystérogènes, pas de troubles des sphincters.

Le malade a perdu complètement l'usage de la parole. En réalité, il ne s'agit pas d'aphasie motrice vraie, mais bien

plutôt d'un véritable mutisme. Le malade est incapable d'articuler le moindre mot, et de temps à autre s'échappe de la gorge une espèce de sifflement rauque tout à fait particulier.

L'intelligence est, du reste, bien conservée. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit et reconnaît les objets qu'on lui présente. Il ne sait pas lire, n'ayant reçu aucune éducation, mais il sait encore écrire son nom.

L'état général est excellent et l'on ne constate aucun trouble pathologique du côté des autres organes.

Les symptômes précédents persistèrent quelques mois et la paralysie s'améliora légèrement. Un jour, le malade entra dans une colère violente contre son voisin de lit; il retrouva brusquement l'usage de la parole pour l'injurier et l'usage de ses membres pour chercher à l'atteindre. La guérison se maintint. Le malade n'a pas été revu depuis sa sortie de l'hôpital, six mois après l'entrée.

OBSERVATION XXXIII

(Paul SAVY. — *La Clinique*, 1910.)

Homme de 50 ans, manœuvre, qui ne présente aucun antécédent pathologique; la syphilis est douteuse; il nie tout excès alcoolique. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, il ressentait des douleurs vagues dans tout le côté gauche, et il lui sembla que sa jambe gauche devenait plus faible. Il quitta son village pour venir consulter à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et brusquement, dans la ville, il tomba à terre, perdit connaissance et se retrouva, sans savoir comment, dans un lit d'hôpital.

A l'examen, le lendemain matin, on se trouve en présence d'un malade qui présente une hémiplegie complète du côté gauche; la face est respectée. La paralysie est flasque, mais, quand on essaie de faire marcher le malade en le soutenant, sa jambe paralysée se met en contracture et il la traîne derrière lui en lui faisant racler le sol. Les réflexes rotuliens

sont très exagérés des deux côtés ; mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde du pied.

L'hémianesthésie du côté gauche est complète et totale. Le réflexe plantaire est aboli.

Les deux champs visuels sont extrêmement rétrécis, et l'on constate, à la clinique ophtalmologique du professeur Rollet, que la vision maculaire est seule conservée et que le rétrécissement est total pour toutes les couleurs.

L'intelligence subsiste ; le malade a toute sa connaissance et répond bien aux questions.

On ne décèle aucun trouble pathologique du côté des autres organes, et, le diagnostic d'hémiplégie hystérique s'imposant, on essaie de faire inhaler au malade du nitrite d'amyle, en le persuadant que cette médication amènera une guérison complète et subite.

Pendant l'administration de la drogue, la face devient vultueuse ; on fait respirer une deuxième ampoule. On voit sur-le-champ le réflexe plantaire réapparaître (en flexion) ; le malade essaie quelques mouvements. Le soir, il se lève seul et se met à marcher, mais il traîne toujours le membre inférieur contracturé.

Le lendemain, seconde séance d'inhalation de nitrite d'amyle. Presque immédiatement les symptômes paralytiques moteurs et sensitifs s'atténuent considérablement. Quelques jours après, le malade quitte l'hôpital complètement guéri et ne conservant que son rétrécissement du champ visuel, qui, toutefois, est moins étendu qu'à l'entrée.

OBSERVATION XXXIV

(BRISSAUD. — *Archives de physiologie*, 1887.)

M. B., 42 ans. Syphilis à 22 ans, bien soignée. A eu deux enfants bien portants.

A toujours eu une existence très mouvementée, et, six semaines après s'être ruiné et avoir perdu sa femme, il fit pro-

gressivement une hémiplégie droite, sans troubles de la parole, et sans paralysie faciale.

Réflexes un peu forts.

Pas de troubles sensitifs ni sensoriels.

Cette hémiplégie a évolué pendant sept mois, tout en restant flasque, mais avec une atrophie légère, et a guéri spontanément. Une nuit, vers 3 heures du matin, il ressent une violente céphalée, se met à vomir et perd connaissance. A son réveil, il éprouve un grand bien-être et s'aperçoit que son hémiplégie est complètement guérie.

OBSERVATION XXXV

(GOUBAUD et Martin BURR. — Société Médic. hôp. Paris, 1891.)

Serrurier de 45 ans.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Ethylisme.

A présenté, à des intervalles différents, six attaques. Elles se présentent toutes de la même façon. Pendant quelques jours, il se sent la tête lourde et a des bourdonnements d'oreille. Tout d'un coup, au milieu de son travail, la tête lui tourne, il tombe et perd connaissance. Il ne crie pas, ne se mord pas la langue, n'écume pas. Il reste ainsi un ou deux jours. Quand il se réveille, il a une hémiplégie du côté droit.

Actuellement, il a présenté sa septième attaque et est hémiplegique droit sans aphasie.

Hémispasme glosso-labié du côté droit.

Stigmata d'hystérie au grand complet.

Etat des réflexes : non mentionné.

Guérison en quinze jours.

OBSERVATION XXXVI

(ANTONY et PUISSAN. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897.)

X..., militaire. Fièvre typhoïde. Grippe.

Pas de spécificité.

Pas d'éthylisme.

Sans cause apparente, après quelques douleurs dans le membre inférieur gauche, il présente une hémiplegie gauche, pour laquelle il entre à l'hôpital.

Les mouvements du bras ne sont pas complètement abolis, mais hésitants ; la main seule est dépourvue de mouvements.

La motilité est plus abolie au membre inférieur.

Les troubles de la sensibilité existent sous forme de plaques du côté gauche où le contact seul est perçu.

Rétrécissement du champ visuel.

Réflexes. — Le réflexe rotulien, conservé à droite, paraît très exagéré à gauche, mais cela tient à un tremblement de tout le membre différent du choc en retour du réflexe.

Réflexe plantaire aboli.

Démarche classique de l'hémiplegie hystérique.

Amélioration progressive deux mois après.

OBSERVATION XXXVII

(RENDU. — *Union Médicale*, 1893.)

Ch. G., 29 ans, jardinier, entre à l'hôpital pour une hémiplegie gauche.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Deux jours après une forte émotion, il fait progressivement une hémiplegie gauche.

A son entrée, hémiplegie incomplète du bras et de la jambe gauche. Parésie faciale du même côté.

Hémianesthésie complète.

Rétrécissement du champ visuel. Perte des couleurs.

Réflexes conservés, un peu forts.

Amélioration progressive en deux mois.

OBSERVATION XXXVIII

(MEUNIER. — Thèse de Paris, 1909-1910.)

M. C., 20 ans, entre à l'hôpital pour une hémiplegie gauche.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

A 17 ans, première attaque d'hémiplégie gauche qui a cédé au bout de cinq mois à des douches et à l'électrisation.

Depuis cette époque, fréquentes crises d'hystérie avec perte de connaissance.

L'hémiplégie actuelle remonte à trois semaines et survint à la suite d'une frayeur.

Hémiplégie gauche avec contracture permanente qui cède par instants, lorsque brusquement survient un spasme convulsif. Le bras, dans un mouvement de torsion, se tourne et s'enroule en arrière autour du tronc, la jambe s'étend violemment. Le spasme cesse pour reprendre quelques instants après.

Contracture légère de la face à gauche.

Réflexes rotuliens normaux.

Réflexe plantaire faible.

Réflexe abdominal nul des deux côtés.

Réflexe cornéo-conjonctival aboli des deux côtés.

Amélioration progressive par les douches et l'électricité.

OBSERVATION XXXIX

(Raymond BERNARD. — Soc. Médic. hôpitaux Paris, 1903, p. 274.)

Garçon, bien constitué, qui s'est toujours connu infirme depuis sa naissance, étant paralysé du côté droit.

Le bras droit pend inerte ; quand il le soulève, on voit une sorte de main d'accoucheur aux doigts étendus, avec le pouce un peu écarté et le médius couvert en partie par ses deux voisins. Les plis cutanés sont effacés, la peau est froide, tout le membre, à partir du coude, est raide et résiste à tous les mouvements passifs.

Le pied droit est mal posé à terre, le bord interne et le gros orteil n'appuient pas et se tiennent à distance du pied gauche, quand les talons se joignent.

Dans la marche, la jambe droite est tendue et fauche légèrement.

La tête penche un peu sur l'épaule droite et les traits de la physionomie n'ont pas une régularité absolue dans leur symétrie.

La sensibilité est diminuée à droite, et à gauche est normale, un peu accrue vers l'épaule.

Le champ visuel est rétréci des deux côtés.

Le malade présente une sensation de boule avec constriction laryngée et des accès de somnambulisme.

Réflexes normaux.

Pas de modifications électriques des nerfs et des muscles.

Pas de mouvements associés. Pas de convulsions antérieures. Pas de troubles intellectuels.

Ces phénomènes durent depuis vingt ans, mais ils sont inconstants. L'été, en effet, la raideur cesse, la main se dégourdit, les doigts se plient. Au premier froid, tout repaît.

Il existe un peu d'atrophie de l'avant-bras droit, mais pas de différence de la longueur du membre.

Rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Accouchement normal sans intervention.

OBSERVATION XL

(MARNIESCO. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 276.)

Malade âgée de 28 ans, sans antécédents héréditaires bien accusés.

Mariée à 15 ans. Crise nerveuse à 15 ans 1/2, à la suite d'une émotion consistant en un évanouissement subit. A la suite, elle a pris de nouvelles crises au cours desquelles elle restait sans connaissance pendant un jour.

A la suite d'une discussion avec son mari, elle a été prise d'un tremblement du côté droit qui a duré une demi-heure et qui a été suivi de mutisme absolu avec crise d'évanouissement. Quand elle s'est réveillée, elle était paralysée du côté droit et incapable de proférer le moindre son. Quelques heures après, la parole est revenue, la face n'a pas été

déviée. Le bras et la jambe étaient inertes, engourdis et, par suite, elle ne pouvait marcher ni faire aucun mouvement.

Un mois après, hémiplégie droite. Le bras tombe le long du corps et la malade ne peut s'en servir que pour quelques mouvements très restreints.

Hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Champ visuel rétréci, réduit à la vision centrale.

Abolition des réflexes plantaires.

Réflexes rotuliens normaux.

Rien aux viscères.

OBSERVATION XLI

(BABINSKI. — *Revue de neurologie*, 1919, p. 217.)

M., 35 ans. Crises convulsives dans l'enfance ayant présenté les caractères des crises hystériques. Ces crises ont persisté pendant son service militaire et l'ont fait réformer une première fois dans l'armée belge, une seconde fois à Nancy.

Il avait 25 ans, lorsque est apparue, à Montpellier, pour la première fois, à la suite d'une chute, l'hémiplégie droite avec contracture, sans aphasie. Depuis ces dix ans, l'hémiplégie a cessé brusquement et a reparu aussi brusquement à plusieurs reprises, frappant le malade au cours d'une vie vagabonde et irrégulière, à des intervalles variables et l'obligeant à des séjours dans différents hôpitaux.

Actuellement, il présente une hémiplégie droite avec contracture des membres supérieurs et inférieurs, un hémispasme glosso-labé avec déviation de la langue à droite et une aphasie motrice pure complète, sans troubles sensoriels. Réflexes normaux, disparition de la contracture pendant le sommeil.

On pratique la suggestion à l'état de veille avec électrisation des membres paralysés.

La contracture de la main droite cède au bout de quelques

minutes, puis les mouvements des doigts se produisent; de même, au membre inférieur, la contracture cesse, la marche devient possible et de plus en plus assurée. Seul, le mutisme persiste d'une manière à peu près invincible, tant qu'il reste quelques personnes autour de lui. La parole est revenue, au contraire, complètement quand l'auteur a pu causer avec lui.

Depuis lors, la guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION XLII

(MOUTON. — *Echo médical du Nord*, 1898.)

Homme, 45 ans, cordonnier. Antécédents héréditaires et personnels entachés de névropathie. Bonne santé habituelle, léger éthylisme.

A 11 heures du matin, il réparait une chaussure, lorsque, sans cause appréciable, apparut une faiblesse dans le membre supérieur en même temps que le membre inférieur droit refusait tout service. Il entre à l'hôpital où l'on constate une hémiplegie droite complète avec légère contracture, avec intégrité de la face.

Troubles sensitifs sous forme de manche de gigot.

Abolition des réflexes rotuliens et plantaires à droite.

Réflexes crémastériens et abdominaux normaux.

Examen viscéral négatif.

Guérison en trois jours par des anneaux de collodion et la suggestion.

OBSERVATION XLIII

(Due à l'obligeance du docteur LANNOIS.)

P., 31 ans, tisseuse. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux. Personnellement, pas de crises nerveuses, pas d'éthylisme, pas de spécificité. Bonne santé habituelle.

Elle entre à l'hôpital pour une hémiplégie droite datant de deux ans, et qui a débuté de la façon suivante :

En soulevant des couvertures, elle ressentit une douleur vive au côté droit, au niveau de la ceinture. Un médecin, consulté, constata une fracture de côte et lui mit un bandage de diachylon, qu'elle garda quinze jours. Un mois et demi après cet accident, elle s'aperçoit de son hémiplégie. Elle ressent des picotements dans les mains et des crampes dans le bras et la jambe. Dans l'intervalle de ces crampes, elle sent ses membres comme morts.

On constate : hémiplégie droite typique, avec démarche classique de la paralysie hystérique. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Réflexes rotuliens forts, surtout à gauche.

Pas de trépidation épileptoïde.

Abolition du réflexe plantaire.

Zones hystérogènes, ovariennes et sous-mammaires. Examen viscéral négatif. Tachycardie et polyurie intermittentes.

La malade a été endormie trois fois sans résultat ; elle a été améliorée par un traitement électrique, mais elle ne fut guérie qu'un an après et on fut obligé de lui faire de la rééducation de la marche.

CONCLUSIONS

L'hémiplégie hystérique est une affection rare. Elle peut débiter à n'importe quel âge, mais sur des terrains prédisposés à l'éclosion de troubles nerveux et particulièrement à la suite d'accidents du travail.

Son diagnostic peut se présenter en clinique sous deux aspects différents ; ou il est facile, ou il est difficile.

Dans le premier cas, il n'y a pas d'ictus, l'hémiplégie s'installe brusquement après un traumatisme ou une émotion. Elle est flasque ou contracturée d'emblée, respecte la face et ne modifie pas les réflexes. Elle évolue vite, avec le moindre traitement, et peut guérir spontanément par la suggestion.

Dans le second cas, le malade passe par deux périodes, l'une de coma, l'autre d'hémiplégie et le diagnostic doit être fait à chacune de ces deux périodes.

A la période de coma, il faudra tenir compte de l'absence de déviation conjuguée de la tête et des yeux, de l'absence de tout phénomène pupillaire et de la présence du clignotement des paupières. L'étude de la température, de la respiration, du pouls et des urines, la ponction lombaire apportera autant d'éléments qui serviront à rejeter ou à affirmer l'hystérie.

A la période d'hémiplégie confirmée, le diagnostic peut être rendu difficile, soit par suite des habitudes hospitalières du malade et des nombreux examens qu'il a su-

bis, soit par suite d'une association hystéro-organique. Pour faire le diagnostic il faut tenir compte des signes suivants : les uns tirés de l'évolution de l'affection, les autres de l'examen du malade.

Dans le premier groupe, la persistance d'une hémiplégie flasque sans troubles trophiques, la variabilité des phénomènes moteurs, soit du côté de la face ou des membres, la présence de troubles sensitifs apparaissant après un examen, s'atténuant par la suggestion, sont des éléments de grande importance.

Dans le deuxième groupe, l'hypotonie musculaire, la pronation de la main, la démarche, le signe du peaucier permettent de différencier les deux variétés d'hémiplegies. La recherche des mouvements associés doit apporter un surcroît de preuves. Enfin, les symptômes que nous considérons comme essentiels et permettant de conclure toujours à l'hystérie, sont l'absence d'exagération des réflexes, de trépidation épileptoïde, du phénomène des orteils et du signe de Marie. Ce sont ces derniers signes qui devront être recherchés avec soin chez l'hystéro-traumatisé, car, seuls, ils permettront de résoudre la question que l'on se pose souvent en présence d'un accidenté du travail : Est-il organique, hystérique ou hystéro-organique ?

VU :

VU :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

LANNOIS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 juin 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD. — Hystérie à début sénile. Soc. médic. des hôpitaux de Paris, 1910, p. 1223.
- ADAM-KIEWICK. — Hémiplégie pseudo-hystérique. *Rev. Neurol.*, 1908, p. 1057.
- AGOSTINI. — Des réflexes comme moyen aidant au diagnostic des maladies mentales. *Rev. Neur.*, 1894.
- AMBLARD. — Rétrécissement mitral et hémiplégie gauche chez un hystérique gaucher. *Gaz. des hôp.*, 1907, p. 387.
- ANFIMOW. — Le symptôme de Millard-Gubler de nature hystérique. *Rev. Neur.*, 1896, p. 206.
- ANTONY et PUISSAN. — Hémiplégie hystérique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897, p. 274.
- ATHANASSIO. — Troubles trophiques dans l'hystérie. Thèse de Paris, 1890.
- ATTAL. — Troubles vaso-moteurs dans l'hystérie. Thèse de Paris, 1898.
- AUCOPT. — Hystérie traumatique. Thèse de Paris, 1903-1904.
- BABINSKI. — Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux. Soc. méd. hôp. Paris, 1892, p. 777.
- Contracture organique et hystérique. Soc. médic. hôpit. Paris, 1893, p. 327.
- Relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique. C. R. Soc. biologie, 1896, p. 471.
- Spasme associé du peaucier du côté sain dans l'hémiplégie organique. Soc. méd. hôp. Paris, 1897, p. 1103.
- De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplégie organique. Soc. méd. hôp. Paris, 1897, p. 1098.
- Paralysie faciale hystérique. Soc. méd. hôp., 1892, pp. 706, 738, 867.
- Mouvements associés dans l'hémiplégie organique. *Rev. Neur.*, 1898, p. 151.
- Atrophie musculaire hystérique. *Progrès médical*, 1886, p. 329.

- Du phénomène des orteils et de sa valeur séméiologique. *Semaine médicale*, 1898, p. 321.
- De la pronation de la main dans l'hémiplégie organique. *Rev. Neur.*, 1907, p. 755.
- Définition de l'hystérie. Soc. de neurologie, 1901, 1903 et 1905.
- De l'abduction des orteils. *Rev. Neur.*, 1903, p. 728.
- De l'épilepsie spinale fruste. Soc. neur., 15 janvier 1903 et 1^{er} mars 1906.
- Ma conception de l'hystérie. Conférence à la Société de l'Internat de Paris, 1906.
- Des symptômes objectifs que la volonté est incapable de reproduire. *Gaz. des Hôp.*, 1904, p. 1125.
- De l'abduction des doigts dans l'hémiplégie organique. *Rev. neur.*, 1907, p. 754.
- Hémiplégie droite et aphasie hystérique. *Rev. neur.*, 1909, p. 217.
- Démembrement de l'hystérie. *Semaine médicale*, 1909, n° 1.
- BARDOL. — Hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants. *N. Icon. de la Salpêtrière*, 1893, pp. 21, 102.
- BARDONNET. — De l'hémiplégie hystérique. Thèse de Lyon, 1893-1894.
- BASTIN. — Un cas d'hystérie mâle avec hyperréflexivité extrême. *Annales de la Société belge de neurologie*, 1903.
- BECHTEREW. — Sur un phénomène réflexe particulier dans le domaine des extrémités dans les paralysies organiques centrales. *Neurolog. Centralblatt*, 15 mai 1904.
- BELIN. — Déviation de la face dans l'hémiplégie hystérique. Thèse de Paris, 1888-1889.
- BERNARD-RAYMOND. — Hémicontracture hystérique simulant l'hémiplégie cérébrale infantile. Soc. méd. hôp. Paris, 1903, p. 274.
- BERBEZ. — Hystérie et traumatisme. Thèse de Paris, 1886-1887.
- BERNHEIM. — Comment je comprends le mot hystérie. *Bull. médical*, 2 mars 1907.
- Neurasthénie et psycho-névroses. *Rev. médic. de l'Est*, janvier 1908.
- BIBENT. — L'hystérie simulant les maladies organiques chez l'enfant. Thèse de Toulouse, 1897-1898.
- BINANT. — L'hystérie en chirurgie. Thèse de Paris. 1904.
- BITOT. — L'hystérie à l'hôpital St-André de Bordeaux. Thèse Bordeaux 1890.
- BLOCQ. — Des contractures. Thèse de Paris, 1888.
- BRISSAUD et GRENET. — Tremblement cloniforme et clonus vrai. *Rev. neur.*, 1904, p. 632.

- BUCK. — Importance du clonus du pied dans la paraplégie hystérique. *Rev. neur.*, 1899, p. 775.
- CASAUBON. — Hystérie chez les jeunes garçons. Thèse Paris, 1884-1885.
- CESBRON. — Histoire critique de l'hystérie. Thèse de Paris, 1908-1909.
- CESTAN et LE SOURD. — Valeur séméiologique du signe de Babinski. *Gaz. Hôp.*, 1899, p. 1249.
- CHADZINSKI. — Des réflexes cutanés et tendineux. Thèse de Paris, 1902.
- CHANTEMESSE. — De la paralysie faciale hystérique. Soc. médic. hôp. Paris, 1890, p. 797.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887-1888, pp. 295, 299, 339, 364, 414, 485.
- Spasme glosso-labial unilatéral. *Semaine médicale*, 1887, p. 37.
 - Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber. *Archives de neurologie*, 1891, p. 321.
 - Hémiplégie hystérique. *Progrès médical*, 1884, p. 205.
- CHARPENTIER. — Des principaux signes que la volonté, la suggestion, l'hystérie ne peuvent simuler. *Bull. médical*, 1907, p. 569-781.
- CHAVANNE. — Oreille et hystérie. Thèse de Lyon, 1900-1901.
- CHAVIGNY. — Sur un nouveau moyen de diagnostic des anesthésies hystériques. *Le Caducée*, 1905.
- CHEVALIER. — De l'hémiplégie hystérique. Thèse de Paris, 1887.
- CHOUPE. — Paralysie faciale hystérique. *Bulletin médical*, 1893, p. 835.
- CLAUDE et ROSE. — Syndrome de compression médullaire chez une grande hystérique. *Rev. neur.*, 1908, p. 53.
- Etude graphique du clonus dans les maladies organiques et fonctionnelles du système nerveux. *Rev. neur.*, 1906, p. 829.
 - Sur certains phénomènes d'hyperkinésie réflexe observée chez les hémiplégiques. *L'Encéphale*, mars 1910.
- COMBY. — Apoplexie hystérique. *Rev. neur.*, 1894, p. 436.
- CONTURIE. — Hystérie chez les jeunes. Thèse de Paris, 1896-1897.
- CROCQ. — Etude de la réflexivité dans l'hystérie. *Rev. neur.*, 1904, p. 916, 1069.
- Diagnostic entre l'apoplexie hystérique et l'apoplexie organique. *Rev. neur.*, 1899, p. 878.
 - *Journal de neurologie et d'hypnologie*, 1898, n° 9.
- CROUZON et CAMPBELL. — Marche de flanc chez les hémiplégiques. *Rev. neur.*, 1903, p. 233.
- CRUCHET. — Hémianesthésie hystérique. *Rev. neur.*, 1908, p. 453.

- DEBOVE. — Hémiplegie d'origine hystéro-alcoolique. *Médecine Moderne*, 6 mai 1903.
- Hémiplegie hystérique. *Médecine Moderne*, 1895, n° 79.
- Note sur l'hémispasme et l'hémiplegie hystérique. Soc. méd. hôp. Paris, 1891, p. 638.
- DECOUX. — De la paralysie faciale hystérique. Thèse de Paris, 1891.
- DEJERINE et NORERO. — Epilepsie et clonus de la rotule chez une hystérique. *Rev. neur.*, 1906, p. 182.
- DESCLAUX. — Les nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplegie organique de l'adulte. Thèse de Paris, 1903.
- DESBROSSE. — De l'hémiplegie hystérique. Thèse de Paris, 1876.
- DEVIC et ROUX. — Contribution à l'étude de la trépidation épileptoïde. *Province médicale*, 1896, p. 481.
- DIBARUS. — Hémiplegie hystérique. *Galenos Athenai*, 1888, p. 37.
- DODINET. — Etude de l'aphasie hystérique. Thèse de Montpellier, 1907-1908.
- DUBOIS. — Des atrophies musculaires hystériques. Thèse de Paris, 1898.
- DUFOUR et CHAIX. — Trépidation épileptoïde et hémiparésie du même côté chez une hystérique. *Rev. neur.*, 1903, p. 731.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Troubles vaso-moteurs hystériques. *Union médicale*, 1899, n° 144.
- DUMONT-PALLIER. — Apoplexie et hémiplegie hystériques. Soc. méd. hôp. Paris, 1887, p. 140.
- DUPRÉ et PATER. — Hémiplegie hystérique chez un octogénaire. *Rev. neur.*, 1903, p. 347.
- DURAND-BONNAL. — L'hystérie traumatique au point de vue médico-légal. Thèse Montpellier, 1904.
- EGGER. — Hémianesthésie hystérique. *Rev. neur.*, 1908, p. 458.
- EKMEKDJIAN. — L'origine médicale des hémianesthésies hystériques. Thèse de Paris, 1907-1908.
- FAUCHÉ. — De la valeur du signe de Babinski dans la paralysie organique et fonctionnelle. Thèse de Bordeaux, 1899.
- FAYET. — De la dissociation des réflexes tendineux et cutanés dans l'hystérie. Thèse de Lyon, 1906.
- FERRAND. — Hémiplegie hystérique. Soc. méd. hôp. Paris, 1893, p. 497.
- FERÉ. — Note sur l'exploration des mouvements de la langue. C. R. Société de biologie, 1899, p. 278; 1891, p. 617.
- Hémiplegie hystérique. *Revue de médecine*, 1897, p. 464.
- Abaissement de la pression artérielle dans l'hémiplegie hystérique. *Rev. neur.*, 1893, p. 42.
- FERRIER. — Diagnostic de l'hémiplegie hystérique et de l'hémiplegie organique. Congrès de neurologie, Paris, 1900, p. 457.

- Hémiplégie et mutisme hystériques. *Rev. neurologie*, 1896, p. 533.
- FURET. — Etude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. Thèse de Paris, 1887-1888.
- FREUD. — Des paralysies hystériques. *Archives de neurologie*, 1893, p. 29.
- GALIMANT. — Hémiplégie hystérique du vieillard. Thèse de Lille, 1900-1901.
- GANAUT. — Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie organique. Thèse de Paris, 1897-1898.
- GASNIER. — Etude sur la paralysie faciale hystérique. Thèse de Paris, 1893.
- GAUSSEL. — Y a-t-il un syndrome de Weber hystérique? *Rev. neur.*, 1909, p. 267.
- GILBERT BALLEZ. — Clonus du pied chez un neurasthénique. *Revue neur.*, 1903, p. 235.
- GILLES DE LA TOURETTE. — La marche dans l'hémiplégie. *Nouvelle Icon. de la Salpêtrière*, 1888, n° 1; 1900, p. 293.
- GITA ARON. — Aphasie hystérique. Thèse de Paris, 1899-1900.
- GOLDSPIEGEL. — De l'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris, 1888-1889.
- GOUGEROT. — Imitation, par une hystérique, de l'hémiplégie organique. *Tribune médicale*, 1905.
- GUIBERT. — Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie organique. Thèse de Montpellier, 1901-1902.
- GUILLAIN. — Aphasie hystérique. *Rev. Neurologie*, 1901, p. 385.
- GUTTMANN. — Hémiplégie hystérique. *Neurologisches Centralblatt*, 15 décembre 1893.
- GRASSET et GAUSSEL. — Un signe de paralysie organique du membre inférieur. *Rev. neur.*, 1905, p. 881; 1907, p. 253.
- Un cas d'hystéro-traumatisme. *Archives générales de médecine*, 1903, p. 19.
- HASKOVEC. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle organique. *Rev. neur.*, 1909, p. 53.
- HELOT. — Sur quelques cas d'hémiplégie hystérique. Thèse de Paris, 1870.
- HEILBROMER. — Symptomatologie de l'hémiplégie. *Rev. neur.*, 1907, p. 148.
- HUCHARD. — De la paralysie hystérique sans anesthésie. Thèse de Paris, 1881.
- INGEGNIEROS. — Les prétendus symptômes de l'hémiplégie hystérique. *Presse médicale*, 1906, p. 105.
- JONES. — Le côté affecté par l'hémiplégie hystérique. *Rev. neur.*, 1908, p. 193.

- KLIPPEL et Pierre WEILL. — De la flexion spontanée du pouce par redressement provoqué des autres doigts chez les hémiplegiques contracturés. *Rev. neur.*, 1909, p. 506.
- LACAZE. — L'hystérie qui s'associe et qui simule. Thèse de Toulouse, 1907-1908.
- LAGUERRIÈRE et DELHEM. — L'hémiplegie hystérique et l'hémiplegie organique devant l'électricité. *Archives d'électricité médicale*, 1903, 15 juillet.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Hémiplegie droite et aphasia motrice hystériques. *Rev. neur.*, 1908, p. 1348.
- L'activité locale de la circulation cutanée de la main dans l'hémiplegie. *Rev. neur.*, 1902, p. 814.
- Association d'hémiplegie hystérique et de diplégie cérébrale infantile. *Rev. neur.*, 1901, pp. 722-1200.
- LAMY. — Des difficultés de diagnostic entre l'hémiplegie organique et l'hémiplegie hystérique. *Rev. neur.*, 1906, p. 282.
- LAUNAY. — Hémiplegie hystérique. *Archives médicales d'Angers*, 1905, p. 406.
- LÉVI. — Trépidation épileptoïde hystérique. *Rev. neur.*, 1900, p. 628.
- Quelques faits d'hystérie avec exagération des réflexes. *Rev. neur.*, 1910, p. 96.
- LÉVI et A. BAUER. — A propos de la trépidation épileptoïde. *Rev. neur.*, 1903, p. 329.
- LÉVI et FOLLET. — Trépidation épileptoïde du pied dans la tuberculose pulmonaire. *Rev. neur.*, 1901, p. 54.
- LÉVI. — Des réflexes patellaires au cours des affections hépatiques. *Soc. biologie*, 11 janvier 1906.
- LÉVY VALENSI. — Les nouveaux signes diagnostiques et pronostiques de l'hémiplegie organique. *Progrès médical*, 1910, p. 526.
- LHERMITTE. — De la valeur du phénomène de l'opposition complémentaire. *Semaine médicale*, 1908, p. 565.
- LYONNET et BONNE. — Hémiplegie hystérique avec atrophie. *Lyon médical*, 1897, p. 286.
- MARIE P. — Phénomène du jambier antérieur. *Rev. neur.*, 1903, p. 729.
- Sur la myosomie bilatérale des hémiplegiques organiques récents. *Rev. neur.*, 1904, p. 1143.
- Hystérie sénile. *Soc. méd., hôp. Paris*, 1901, p. 1129.
- Sur le retrait réflexe du membre inférieur provoqué par la flexion des orteils. *Rev. neur.*, 1910, p. 121.
- MARINESCO. — Hémiplegie hystérique guérie par la suggestion. *Rev. neur.*, 1900, p. 202.
- Troubles de la marche dans l'hémiplegie organique. *Rev. neur.*, 1900, p. 378.

- MARTIAL. — De l'hémiplégie traumatique. Thèse de Paris, 1900, n° 25.
- MEUNIER. — Le réflexe palpébral dans l'hémiplégie. Thèse de Paris, 1909-1910.
- MILHIT. — Symptômes et diagnostic de l'hémiplégie. *Gazette des hôpitaux*, 1909, p. 1769.
- MILLIAN. — Abolition du réflexe cornéen comme signe de l'hémiplégie organique dans le coma. *Rev. neur.*, p. 151.
- MILLS. — Diagnostic différentiel entre l'hystérie grave et les maladies organiques du cerveau et de la moelle. *Rev. neur.*, 1910, p. 27.
- MIRALLIÉ. — Etat des muscles oculo-moteurs dans l'hémiplégie. *Rev. neur.*, 1904, p. 331.
— Signes révélant une lésion du système pyramidal. *Gazette médicale de Nantes*, 1910, n° 30.
- MOUTON. — Un cas d'hémiplégie hystérique. *Echo médical du Nord*, 1898, p. 403.
- NÉRI. — Y a-t-il une démarche hystérique? *Nouv. Iconographie Salpêtrière*, 1908, p. 463.
— Démarche des hémiplégies hystériques. *Rev. neur.*, 1909, p. 142.
— Les caractères paradoxaux de la démarche hystérique. *Rev. neur.*, 1908, p. 278.
— Un nouveau signe d'hémiplégie organique du membre inférieur. *Rev. neur.*, 1909, p. 1532.
- NOICA. — Sur la dissociation des réflexes tendineux et cutanés dans les hémiplégies spasmodiques. *Rev. neur.*, 1907, p. 93.
- O. LISBOTTE. — Association hystéro-organique. *Journal de neurologie*, 1901, p. 600.
- OSERETZKOWSKI. — De l'hystérie dans les troupes russes. *Archives neurologie*, 1886, p. 265.
- OSSIPOFF. — Du réflexe de Babinski pour le diagnostic différentiel entre les hémiplégies. *Revue russe de psychiatrie*, 1903, n° 7.
- PAULY. — Hémiplégie hystérique. *Rev. neur.*, 1898, pp. 186-725.
- PARHON et GOLDSTEIN. — Etude sur la contracture dans l'hémiplégie. *Rev. neur.*, 1902, p. 223.
— Sur quelques troubles vaso-moteurs de l'hémiplégie. *Rev. neur.*, 1903, p. 865.
- PARHON et POPESCO. — Sur les atrophies musculaires dans l'hémiplégie. *Rev. neur.*, 1902, p. 225.
- PARKES WEBER. — Note sur l'exagération du réflexe rotulien d'origine fonctionnelle. *British. med. Journal*, 4 janvier 1908.
- PEUGNIEZ. — De l'hystérie chez les enfants. Thèse de Paris, 1884-1885.

- PICK. — Sur une forme spéciale de paralysie dans l'hystérie. *Rev. Neurologie*, 1902.
- PINTAUD-DESSALLES. — Modification des réflexes par des efforts violents. Thèse de Bordeaux, 1904-1905.
- POUCHOWSKY Sophie. — Le Syndrome de Weber dans l'hystérie. Th. de Montpellier, 1903.
- QUINQUETON. — De l'hystérie chez l'homme. Thèse de Paris, 1885-1886.
- RAIMISTE. — Deux nouveaux signes d'hémiplégie organique. *Rev. neur.*, 1909, pp. 125, 1366.
- RAYMOND et JANET. — Hystérie droite et hystérie gauche. *Rev. neur.*, 1899, p. 851.
- Hémiplégie hystérique et hémiplégie organique. *Journal de médecine interne*, 15 octobre 1902.
- RICHARD. — Hémiplégie hystérique chez les syphilitiques. Thèse de Paris, 1887-1888.
- ROBINEAU. — Valeur séméiologique de l'anesthésie conjonctivale et cornéenne dans l'hystérie. *Rev. neur.*, 1904, p. 1102.
- ROGER. — Etude des réflexes dans l'hystérie. *Gazette des hôpitaux*, 1908; thèse de Montpellier, 1907-1908.
- ROMAGNA-MANOIA. — Deux signes d'hémiplégie organique du membre inférieur. *Rev. neur.*, p. 271.
- ROTH. — Diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique. Congrès de Paris, 1900.
- ROUCHE. — Réflexe rotulien et plantaire dans l'hystérie. Thèse de Lille, 1902.
- ROUFFINET. — L'œil hystérique. *Gaz. des hôp.*, 31 octobre 1891.
- ROUX. — Trépidation épileptoïde du pied dans les névroses. *Loire médicale*, 1907, p. 55.
- SAINTON. — De l'identité du signe nouveau décrit par Néri dans l'hémiplégie, et du signe de Kernig. *Rev. neur.*, 1910, p. 618.
- SANZ-FERNANDEZ. — Diagnostic des hémiplégies hystériques et des hémiplégies organiques. *Rev. neur.*, 1909, p. 1297.
- SAUPIQUET. — Etude clinique de l'aphasie hystérique. Thèse de Lyon, 1904-1905.
- SAVY. — Hémiplégie hystérique chez le vieillard. *La Clinique*, 1910, p. 395.
- SCHÜLLER. — Sur les troubles de la marche de flanc chez les hémiplégiques. *Neurologie Centralblatt*, 10 janvier 1903, p. 50.
- SOUQUES. — Sur le phénomène des interosseux dans l'hémiplégie organique. Soc. médic. hôp. Paris, 28 juin 1907.
- Hémiplégie hystérique sénile. Soc. médic. hôp. Paris, 25 avril 1902.
- TEISSIER. — Dissociation des réflexes plantaires et rotuliens dans l'hystérie. *Lyon médical*, 2 avril 1905, p. 749.

- TOURNANT. — Paralyse alterne hystérique. Thèse de Paris, 1892.
- TROISIER. — Mutisme hystérique. Soc. méd., hôp. Paris, p. 233.
- TROUSSEAU. — L'œil hystérique. *Bulletin médical*, 1903, p. 603.
- VAN GEHUCHTEN. — Clonus du pied et signe de Babinski. *Névrose*, 1907, pp. 313-330.
- Un nouveau cas de clonus du pied dans l'hystérie. *Névrose*, 1908, 25 janvier.
- VERNESCO. — Hémiplégie hystérique droite. *Rev. neur.*, 1907, p. 1149.
- WIGAND. — Absence de réflexe rotulien dans l'hystérie. *Semaine médicale*, 1907, p. 366.
- WILLIAMS. — Névrose traumatique et conception de l'hystérie de Babinski. *Rev. neur.*, 1910, p. 649.
- WILSON. — L'état des nerfs oculo-moteurs dans l'hémiplégie organique de l'adulte. *Rev. neur.*, 1904, p. 99.
- WINTER. — Hémiplégie hystérique traitée par la suggestion. *Medical News*, 4 janvier 1902.
- ZIEHEN. — Traité de l'hystérie. Berlin, 1906.
- ZLATAROFF. — Valeur séméiologique de quelques réflexes cutanés et muqueux. Thèse de Toulouse, 1900.
-

